

関西学院大学審査博士学位申請論文

題目

「精神障害者ソーシャルワーク研究：長期入院患者の退院援助と、地域生活のニーズ実現に向けた援助の二軸を中心に」

指導教授：高畑由起夫教授

総合政策研究科博士課程後期課程

2007 年 3 月修了

大学院研究員 大橋 定明

はじめに

まず、筆者が本論を執筆するに至ったいきさつから述べたい。筆者は社会福祉系学部を卒業後、一貫して精神科医療の現場でソーシャルワーク援助を行なってきた実践家である。その筆者が研究の道に足を踏み出すきっかけとなったのは、1999年から進められた社会福祉基礎構造改革である。これは、社会福祉サービスの利用を従来の行政処分としての措置制度から、利用者とサービス提供事業所との直接的契約へと転換させることを基調としたものである。当時、クライアントに対するミクロ的な社会福祉援助に没頭していた筆者にとって、現場の頭上で社会福祉政策が大きく変えられていくという事態は強い衝撃であった。この時に政策分野での知識の乏しさを痛感したことが、大学院への入学につながった。

入学後、今度は修士論文のテーマを決める段になって、マクロ・メゾマクロな政策研究ではなく、本論で述べているようなミクロ的な領域に回帰してしまった経緯もまた、筆者の個人的な実践体験に基づく。筆者が学部卒業後、最初の勤務場所はアルコール依存症の専門病院であった。そこでは当時、入院患者の平均在院日数が49日ほどで、1か月間の入院退院者数は40人前後という、非常にベッドの回転が速い病院であった。アルコールの酔いから醒めた患者は、現実問題に我に返り、すぐさま退院を要求する。一方家族は、患者が完全に治るまで入院をしてほしいと、患者や医療スタッフに懇願する。その狭間にあって、何とか治療の機会を確保しようと調整や説得に追われる日々であった。

その後に勤めたところは、当時としては極く平均的と思われる、慢性化した統合失調症の患者が大半を占める精神科病院だった。筆者が着任してまず気付いたことは、入院期間の異様な長さと、病状は安定しているにもかかわらず、退院しない（退院できない）患者数の多さだった。前任の病院では2か月に満たない入院の間での、アルコール依存症という病気に対する患者の否認や合理化、退院要求と再入院というものに対応してきた身にとって、入院期間が数年から数十年に及んでいるという現実には、驚くべきものがあった。なぜこの人が退院せずに入院を続けているのか？　と思える患者たちが、それこそ溢れていたため、筆者の業務は、長期入院患者の退院の援助、促進が中心的なものになった。筆者が本論を執筆した動機は、このような体験が背景にある。

また、本論第2部では、地域で生活する精神障害者に対する福祉援助の在り方、とりわけ地域リハビリテーションについて研究を進めたが、その理由についてもいきさつがある。1つは、これも実践上の体験に基づくが、長期入院の生活から地域生活に移行した患者の、

地域での生活維持と再発の防止に対するソーシャルワーク援助の重要性と難しさである。長い期間、一種庇護的な環境での生活から一転して、地域社会で1人暮らしを始めた患者の不安や生活の不慣れや寂しさに対する生活支援の必要性、あるいは、服薬や定期的な通院の中断などのために、病状が悪化してしまった者への危機的介入などが、ステージを地域に移したのちも必要となる。また、地域での孤立を防ぐために、通所授産施設などの社会資源に患者を結び付けていく援助も欠かせない。つまり、退院をさせたらそれでお終いというわけにはいかない、長期的な援助が精神障害者には必要なのである。

もう1点は、修士論文提出後の口頭試問において、審査官のお1人であった On-Kwok Lai 先生から、「患者の退院後のことはどうなの？」という意見をいただいたことである。これが、本論文で精神障害者地域リハビリテーションを論ずる動機となった。

本論文を執筆するにあたって、多くの方々から助力と支援をいただいた。前指導教授の渡部律子先生（前総合政策学部、現日本女子大学）には、前期課程から後期課程、そして大学院研究員の期間を通じて、研究の方法から論文の書き方に至るまで、一から懇切丁寧に御指導をいただいた。感謝に堪えない。また、現指導教授の高畑由起夫先生は、後期課程修了の際、サーベイ論文の口頭試問審査官になっていただいたが、その上に、研究分野が全く異なるにもかかわらず、筆者の指導教員を引き受けていただいた。この場を借りて、お礼を申し上げたい。李政元先生（総合政策学部）には、統計解析の方法や解釈の仕方について相談を快く受けていただいた上に、私的な時間を割いてまで指導をしていただいた。

また、本論文執筆中のさまざまな機会の折に、的確な助言や手助けをしていただいた、後期課程研究会のメンバーである澤田有希子さん（関西大学）には、何度も統計解析のお手伝いをしていただいた。同じく齋藤順子さん（淑徳大学）には、リハビリテーション効果の評価方法についての貴重な資料をいただいた。また南綾子さん（天理大学）からは、ともすれば挫けそうになる執筆意欲を励ましていただいた。その他、インタビュー調査の質問紙票を作成する際に、多大なご協力をいただいた谷田薫さん（関西学院大学総合教育研究室）、そして調査にご協力をいただいた精神障害者社会復帰施設の利用者、スタッフのみなさんに感謝を申し上げる。

最後に、本論文を執筆し終わるまでに、思わぬ時間がかかってしまった。普段は精神科のクリニックでソーシャルワーク業務を行ない、週に1度は非常勤講師として大学に赴き、その合間に行なう本論文の執筆作業は、結果として完成までに想像以上の時間を要することとなった。その間、先に挙げさせていただいた方たちには、論文が完成できるかどうか、

ずいぶんご心配をおかけしたことをお詫び申し上げたい。

本論文は，このような多くの方々によるお力添えの賜物である．本論文をこうした方々に捧げ，深く感謝の意を表する．

目次

はじめに	1
序章 精神科病院長期入院者の状況と精神障害者地域リハビリテーションの動向 ---	11
1. 精神障害者をめぐる近年の動向	11
2. 研究の目的と方法	13
3. 研究の意義	15
第1部 長期入院を続ける慢性精神障害者の退院援助—なぜ慢性精神障害者は長期入院を 続けるのか？	
第1章 慢性精神障害者に対する一般的理解	17
はじめに	17
第1節 慢性精神障害者とは？	18
1. 精神障害の特徴	18
2. 慢性疾患モデルから捉えた精神障害	19
2.1 慢性疾患の概念モデル	19
2.2 疾患と障害の構造	20
3. 不利の構造	22
4. 慢性疾患に共通する特徴	24
4.1 障害の受容が困難	24
4.2 再発の可能性	25
4.3 疾病のセルフコントロールの必要性	27
5. 生活スタイルや生活構造の再構成—再発を防ぐために	28
第2節 慢性精神障害者のライフコースとそれを支える支援者	30
1. 慢性精神障害のたどるライフコース	30
2. 医療・生活局面における支援者	31
3. 生活局面における支援内容	32
4. 退院援助および生活援助のモデル	32

第2章 日本精神障害者とその家族を取り巻く状況	35
はじめに	35
第1節 精神障害者処遇の歴史的概況	35
1. 近代日本における精神障害者施策と処遇の概要	35
2. 日本の民間療法とイギリスのモラル・トリートメント	36
3. 戦後日本の精神科医療と精神障害者処遇	38
第2節 社会的入院の発生要因—施設化が入院患者とその家族に与える影響—	41
1. 社会的入院の発生要因	41
2. 精神科病院長期入院患者の状況	43
3. 精神障害者の家族の状況	44
第3節 長期入院患者の退院支援に向けた取り組みと今後の課題	46
1. 長期入院患者の退院促進に向けたこれまでの取り組み	46
2. 西欧先進諸国の精神障害者に対する処遇の歴史—脱施設化への道—	47
3. 慢性精神障害者処遇の新たな政策的動向	50
第3章 精神科病院長期入院患者の退院援助に関する質的研究—社会的入院	
解消のために	53
はじめに	53
第1節 退院援助アプローチの実証研究—インタビュー調査の結果—	54
1. 研究の方法	54
1.1 面接の手順	54
1.2 事例	55
1.3 面接の質問内容	56
2. 結果	56
2.1 被調査者の属性	56
2.2 カテゴリーの内容	57
2.2.1 アセスメント	57
2.2.2 ソーシャルワーカーの関わり方	60
2.2.3 援助プランニング	62
2.2.4 退院援助を進める際に重視するその他のポイント	64

3. 考察	65
3.1 アセスメント	66
3.1.1 問題の特徴	66
3.1.2 クライアントおよび家族の問題対処の力	66
3.1.3 問題に関連するシステムとクライアントとの互酬的な相互作用 の性質	67
3.1.4 問題を改善するために利用可能な、もしくは必要とされる資源	67
3.1.5 問題解決に取り組むことへのクライアントの動機付け	68
3.2 ソーシャルワーカーの関わり方のポイント	68
3.3 援助プランニング	71
3.4 退院援助を進める際に重視するその他のポイント	72
3.4.1 クライアントの回復イメージ	73
3.4.2 他の援助者との合意	74
3.4.3 クライアントの自己尊重	74
3.4.4 援助者によるパターナリズム（父権的保護主義）の回避	75
3.4.5 家族サポート	75
第2節 退院援助アプローチの理論的根拠	76
1. 5つのソーシャルワークアプローチの内容比較	76
1.1 心理社会的アプローチ	77
1.2 問題解決アプローチ	79
1.3 課題中心アプローチ	81
1.4 ソーシャルサポートネットワークアプローチ	83
1.5 ケアマネジメントアプローチ	86
2. 5つのソーシャルワークアプローチと退院援助アプローチの適合性	88
第3節 ソーシャルワーク経験年数による事例評価の違い	92
1. 事例評価の特徴	92
2. 経験年数による相違	95
第4節 まとめと今後の課題	97

第2部. 地域社会で生活する精神障害者の生活・リハビリテーションニーズの把握と実現

を可能にすることを目的とした実証的研究

第1章 精神障害者地域リハビリテーションプログラム実践の可能性-----	101
はじめに -----	101
第1節 精神障害者通所授産施設の発展過程における理念の変遷-----	101
1. 生活支援理念とその影響 -----	101
2. 精神障害者の生活支援をめぐる緒概念—エンパワメント, ストレngths, リカバリー -----	104
第2節 在宅精神障害者援助の方法としての心理社会的リハビリテーション	105
1. 心理社会的リハビリテーションの概念的枠組みと定義 -----	105
2. 心理社会的リハビリテーションの実践原則 -----	107
3. 心理社会的リハビリテーションのモデルとプログラム-----	107
4. 心理社会的リハビリテーションの日本での応用可能性-----	110
第3節 精神障害者通所授産施設への心理社会的リハビリテーションの導入 に向けて -----	114
1. 理論的妥当性 -----	114
第2章 小規模社会福祉法人のスタッフに対する心理社会的リハビリテーションの 教育トレーニングプログラムの試み -----	115
はじめに -----	115
第1節 教育トレーニングの目的 -----	116
1. なぜ教育トレーニングが必要なのか?-----	116
第2節 第一段階：教育トレーニングプログラムの開発と実施 -----	117
1. トレーニングプログラムの対象者 -----	117
2. 教育トレーニング開発・実施 -----	118
3. 教育トレーニングの評価 -----	120
3.1 教育トレーニング前の基礎知識の習得状況 -----	120
3.2 教育トレーニングのテーマ別関心度評価 -----	121
第3節 第二段階：実践への応用—利用メンバーに対する個別的援助プロ グラム作成 -----	123

1. 個別プログラムの作成方法と評価方法 -----	123
1.1 ニーズアセスメント表の作成と記述内容 -----	123
1.2 プログラム効果測定法 -----	124
2. 作成された個別的援助プログラムの内容 -----	124
3. 結果 -----	129
4. 考察 -----	130
4.1 クライアント不在の中で援助プログラムを作成することへの抵抗 -----	130
4.2 利用メンバーに対して個別担当制ではなく集団担当制 -----	130
4.3 利用メンバーの記録が不在 -----	131
まとめ -----	132
第3章 在宅精神障害者の生活ニーズ・リハビリテーションニーズに関する量的 調査研究—小規模通所授産施設は利用者のニーズに基づいたサービス 提供を行なっているのか?-----	133
はじめに -----	133
第1節 調査の方法 -----	134
1. 調査票の作成 -----	134
2. 予備調査の実施 -----	136
第2節 調査の対象者と調査の方法 -----	138
1. 調査の対象者 -----	138
2. 対象者の基本属性 -----	139
第3節 分析の方法 -----	139
第4節 リハビリテーション原則の因子分析の結果 -----	140
第5節 因子ごとにおける利用者と援助者の回答平均の T 検定 -----	148
第6節 利用者の属性別グループ間比較 -----	151
1. 利用者の基本属性と分析の方法 -----	152
2. T 検定の結果 -----	153
2.1 性別による比較 -----	153
3. 一元配置分散分析の結果 -----	153
3. 1 年齢属性による比較 -----	153

第7節 援助者の属性別グループ間比較	157
1. 目的と方法	157
2. 分析の結果	157
2.1 T検定による性別属性の比較	157
2.2 援助スタッフの年齢属性による比較	157
2.3 援助スタッフのソーシャルワーク援助経験年数階層による比較	158
3. 援助者の年齢属性についての考察	158
4. 援助者の経験属性についての考察	159
第8節 リハビリテーション原則と利用者の利用満足, および援助者の 職務満足	160
1. 重回帰分析の結果	160
2. 通所授産施設・生活支援センターの利用満足についての考察	161
3. 援助者の職務満足についての考察	162
まとめ	170
終章 研究のまとめと実践への提言	173
第1節 研究のまとめ	173
1. 長期入院患者に対する効果的な退院援助	173
2. 在宅精神障害者の生活ニーズ・リハビリテーションニーズ把握の試み ー援助スタッフの教育トレーニングを通じてー	175
3. 精神障害者通所授産施設および精神障害者生活支援センター利用者の リハビリテーションニーズに関する量的研究	178
3.1 リサーチクエスション1	180
3.2 リサーチクエスション2	181
3.3 リサーチクエスション3	182
3.4 リサーチクエスション4	182
第2節 長期入院患者の地域移行に向けて	183
第3節 社会復帰施設利用者の個別援助プログラム作成と援助介入のために	184
第4節 サービス利用者の生活・リハビリテーションニーズの把握に関して	185
結語	186

参考文献	188
------	-----

資料	215
----	-----

- 資料① 精神病院長期入院患者の退院援助事例（ソーシャルワーカー対象）
- 資料② スタッフに対する事前アンケート（社会福祉法人スタッフ対象）
- 資料③ 心理社会的リハビリテーションの教育トレーニング終了後に，参加者全員に実施したアンケート（社会福祉法人スタッフ対象）
- 資料④ Cnaan と Blankertz が作成したアンケート調査表
- 資料⑤ 質問票調査関連資料 A
質問票調査関連資料 B

序章 精神科病院長期入院者の状況と精神障害者地域リハビリテーションの動向

第1節 精神障害者をめぐる近年の動向

近年、精神障害者を巡って2つの流れがある。1つは、病状が安定しているにも関わらず、退院後の受け入れ条件が整わないために、精神科病院に5年以上の長期入院を余儀なくされている「社会的入院者」の解消に向けた動きである。社会的入院者は、1982年の厚生省（当時）による精神衛生実態調査で約7万人と推定されており、1995年にはその解消に向けた政策的取り組みとして「障害者プラン～ノーマライゼーション7ヵ年戦略」が策定された。障害者プランでは、社会的入院者の退院後の地域での受け皿として、生活訓練施設や通所授産施設、グループホームなどについて2002年までの設置目標数が掲げられていたが、2002年度の厚生労働省調査でも、全国の精神科病院に入院を続けている社会的入院者数は依然として約7万人と推計されている。したがって、社会的入院の解消は引き続き重要な政策的課題となっている。

社会的入院者に対するいくつかの調査では、退院阻害要因として患者の退院意欲の乏しさと環境変化への不安、そして現実認識の甘さがあったとして（大阪府・大阪市 2002）、退院意欲引き出しへの取り組みの重要性を指摘している（東京都地方精神保健福祉審議会 2003）。いくつかの実践報告では、地域の退院支援スタッフが精神科病院に赴いて社会的入院者との同伴外出を行ない、地域の社会資源や支援スタッフを紹介することによって、長期入院患者の退院に向けて一定の効果があったとする（大阪府 2004）。しかし、精神科病院に所属するソーシャルワーカーたちが、その日常業務の中で社会的入院者の退院援助に取り組む上での理論的・方法論的枠組みを構築するには至っていない。

精神障害者を取り巻くもう1つの大きな流れは、在宅精神障害者に対する地域リハビリテーションの積極的な推進である。これまでの精神障害者地域リハビリテーションは、精神科医療機関の運営する精神科デイケアや、民間企業で職業訓練を行なう社会適応訓練事業、そして精神障害者小規模通所授産施設（精神障害者共同作業所）などが主要な担い手であった。とりわけ小規模通所授産施設は、精神障害者家族会や民間団体を主な設立主体に発展してきた（住友 2000）。通所授産施設は1995年以降、全国で毎年100カ所以上の増加を続けており、地域で生活している精神障害者の中心的な行き場所、居場所としての役割を果たしている（渡嘉敷 1998）。

2005 年、身体障害・知的障害・精神障害の 3 障害を一元化した障害者自立支援法¹が成立した。国が 2006 年に示した障害福祉計画基本指針では、2011 年までに精神科デイケアを除く小規模通所授産施設など、日中活動系のサービスを利用する精神障害者を、2005 年の 30 万人から 47 万人へと増やす数値目標が示されている（全国精神障害者家族会連合会 2006）。また小規模通所授産施設は、精神科病院を退院した長期入院患者の地域での受け皿として、退院援助を主に担うソーシャルワーカーの多くから期待されているが（大橋 2006）、今後はこれまでの日中の活動場所の役割に加えて、就労のための訓練施設としての役割も強く期待されている。

精神障害者の地域リハビリテーションは、疾病や障害、病理や問題に焦点を当て、専門家が主体となって障害者の教育・訓練を行なう医学モデルから、疾病や障害などの持続的で慢性的な問題を抱えた人々の生活の困難さを、本人の自己決定と選択に基づいた多様なサービスや資源を用いて補完していくことを目指す生活モデルへと、その枠組みが転換している（門屋 2001）。このパラダイム転換には、リハビリテーション実践現場への生活支援理念の浸透が貢献したと考えられる。谷中（1996）は、生活支援に基づく援助活動を、地域で生活する当事者が自分の生活のために主体的に動いていけるように支持することを重要視した、当事者各々の環境や生活を整えることに力点を置いた相互援助的・補完的な支援活動であると指摘する。

近年になって注目を集めている心理社会的リハビリテーション（PsychoSocial Rehabilitation）とは、精神に障害を持つ人達が、社会で能動的、かつ自立的な生活が出来るようになることで生活の質を高めることを目標に、援助関係における心理的距離を意図的に減少させて、援助プロセスでのプログラムの立案や実行、評価などに障害者が能動的に関与し（Tanaka 1983）、日常生活上、職業上、社会・対人関係上において満足の行く生活を送れるのに必要な自信と技能を獲得し、または回復することを目指す包括的な援助行為である。

この包括的で、ノーマライゼーションの考えに基づいたリハビリテーションの実践概念と方法は、日本においても積極的に紹介されている。この実践モデルは利用者の個別で多様なニーズに応えるべく、アセスメントの後に利用者個々の個別プログラムを利用者と共

¹ 障害者自立支援法によって精神障害者通所授産施設は、就労移行支援、就労継続支援のいずれかの業務区分を選択しなくなかった。就労移行支援は、一般企業への就労希望者に一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上に必要な訓練を行ない、就労継続支援は、一般企業などでの就労が困難な者に働く場を提供すると共に、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行なう。

に作成してそれに見合うサービスを提供し、その進捗を利用者と評価しながらゴール達成に向かうプロセスを本来的に堅持するものでなければならない。しかしながら、日本での地域リハビリテーション実践においては、個々のサービス提供事業所での集団プログラムの提供が主流であり、個別的プログラムの作成と提供を行うことは稀である。

第2節 研究の目的と方法

本研究は、3つの構成要素を持つ。1つは、精神科病院の長期入院患者の退院を促進する上で重要な、ソーシャルワークアプローチの概念モデルの形成を試みるという要素である。2つめは、在宅精神障害者に対する心理社会的リハビリテーションの提供に際して、個別ニーズに基づいたリハビリテーションプログラムの作成を目指す実証的研究である。そして最後は、地域リハビリテーションを利用する在宅精神障害者のリハビリテーションニーズを把握することを目的とした、量的調査研究である。以下に、それぞれの研究を行なう上で用いた方法の概略を説明する。

本研究では、まず、退院援助アプローチの概念モデル作成にあたって、精神科病院で長期入院患者の退院援助を行なったソーシャルワーカーで、10年以上の実践経験者8名に対して、長期入院患者の事例を用いてインタビュー調査を行ない、その中で述べられた退院援助を行なう上で重要な概念や言葉のうち、共通するものにコーディングと定義づけをした後に、それらをカテゴリー化した。その結果、それらは「アセスメント」カテゴリー、「ソーシャルワーカーの関わり方」カテゴリー、「援助プランニング」カテゴリー、「その他の重要なポイント」カテゴリーに分類することができた。

次に、心理社会的リハビリテーションの個別援助プログラム作成を試みるため、精神障害者小規模通所授産施設や精神障害者グループホーム、ホームヘルパー派遣事業所などを運営する、ある社会福祉法人の援助スタッフを対象に選び、心理社会的リハビリテーションの理念や原則、リハビリテーションモデルとプログラムなどについて、筆者より教育トレーニングを行なった。その後、援助スタッフたちが所属するサービス提供事業所を利用する在宅精神障害者の何人かについて、スタッフよりニーズアセスメントを実施し、それに基づいて個別のリハビリテーションゴールの設定と、援助プログラムを作成した。なお、本来であれば、その援助プログラムを、アセスメントを実施した利用者たちに提示して、合意を得られた後に援助介入を行なう予定であったが、幾人かのスタッフよりプログラム

介入を行う事の同意が得られなかったため、この研究を完了することはできなかった。

上記の研究における反省も含めて、実際に地域リハビリテーションサービスを利用して
いる在宅精神障害者が、どのようなリハビリテーションニーズを持っているのかを明確に
するほうが、サービス提供者にとっても利用者の個別的ニーズに応えることが可能な援助
プログラムの作成と実行が容易になると考えた。そこで、在宅精神障害者のリハビリテ
ーションニーズの把握を目的とした量的調査研究を実施することにした。調査は、リハビリ
テーションニーズに関するアンケート調査表を用いた。この調査票は Cnaan とその同僚た
ち(1988, 1989, 1990, 1992)が心理社会的リハビリテーションの主要原則を抽出する際に、
リハビリテーションサービス利用者と援助実践家、そして研究者に対して実施したアンケ
ート調査票をもとにした。内容を日本の状況に合わせるため、筆者以外に複数の研究者や
実践家と検討の上で、若干の修正を行なっている。また、援助者自身が調査票に記載され
ているリハビリテーションサービスについてどのように考えているのか、さらにその考え
は利用者のイメージと相違があるかを知るために、援助者に対しても同様の調査票に回答
をしてもらった。

調査では、筆者が教育トレーニングを行なった社会福祉法人との共同で、(財)日本社会
福祉弘済会より「平成 17 年度社会福祉助成事業」による研究助成を受けた。調査対象者は、
A 県精神障害者地域生活支援センター連絡協議会と A 県 B 地区福祉作業所連絡協議会に加
盟する団体が運営する精神障害者生活支援センター 9 カ所と、精神障害者小規模通所授産
施設 15 カ所、合計 24 カ所の利用者メンバーと援助スタッフであった。

次に、論文の章立てについて簡単に述べる。

本論は、第 1 部で入院精神障害者を、そして第 2 部は在宅精神障害者を対象にした研究
で構成される。第 1 部の第 1 章では精神障害者に対する一般的な理解と、精神障害者のラ
イフコースにおける支援の概要を述べる。第 2 章は、精神障害者と、その家族が置かれて
いる状況にふれながら、社会的入院者の発生要因とその問題について、歴史的・制度的側面
から西欧諸国との比較を交え解説する。そして第 3 章が、長期入院患者の退院援助アプロ
ーチに関する実証研究である。この 3 つの章が、入院精神障害者についての研究となる。

第 3 部からは、在宅精神障害者を対象とした研究となる。まず第 1 章で、地域で在宅の
精神障害者の援助について大きな役割を担っている小規模通所授産施設について、その活
動の概要と活動の中心理念について述べる。また、欧米の先行研究をもとにして、精神障
害者の再発の防止と生活の質の向上に効果を持つことが立証されている心理社会的リハビ

リテーションの理論的根拠，およびプログラム内容などについて解説する．さらに第2章では，精神障害者福祉施設を持つ社会福祉法人のスタッフを対象とした，心理社会的リハビリテーションの教育プログラムの作成と実施，およびその効果について論じる．また，利用者に対する個別のリハビリテーションプログラムの作成の試みも述べる．そして第3章では，施設利用者のリハビリテーションニーズを明確にするべく，アンケート票を用いた量的調査について述べる．

第3節 研究の意義

本研究論文の意義としては，以下の2点が挙げられよう．第1点は，精神科病院のソーシャルワーカーたちが社会的入院者の退院援助に取り組む上での，実践的，具体的な援助上での示唆を提供することである．長年の施設生活で，プライバシーや地域社会とのつながりの喪失により自尊心と自信が低下して，助けを求めない「裏側の人々（Back-Yard person）」（Gerhart 1989）を，“その気”にさせていく取り組みは長期間にわたることが多い．しかも，単に資源紹介だけでは終わらない，個別的で親密な信頼関係を築くことが求められる．そこでは高度の個人カウンセリング技術も必要となろう．しかもこれらの援助活動を，例えば援助経験の浅い新人ソーシャルワーカーが行なうのは困難かもしれない．本研究が示す退院援助アプローチの概念カテゴリーは，ベテランソーシャルワーカーたちの豊富な経験則に基づき，しかもソーシャルワーク実践理論に裏打ちされたものである．この実践的・方法論的諸概念の活用が，経験の浅いソーシャルワーカーにも社会的入院者の退院援助をスムーズに行なうように役立つであろう．

2点目は，本研究の成果によって，精神障害者小規模通所授産施設の行なう地域リハビリテーション実践が，これまで以上に専門的で根拠に基づいた，利用者のニーズ達成と生活の質を高めることを目的としたソーシャルワーク実践となる可能性を持つことである．日本の精神科医療福祉の専門領域では，精神科病院が長年に渡って精神障害者に与えた身体面，情緒面，生活面，および人格的尊厳へのネガティブな影響から，医学モデルへの反感と忌避がとりわけ強いように思われる．それは，「リハビリテーション」という言葉に対しても向けられているようだ．しかし，精神科リハビリテーションの目的は疾病や障害を克服することよりも，『患者を元気にして家に帰し，本人が家族や地域社会と協調して生活・機能できるようにするリハビリテーション』（林 1991；p.10）を行なうことが目的で

ある。それは通所授産施設が、精神障害者の生活支援において目指すものと変わりはない。心理社会的リハビリテーションでは、例えば利用者がこれまでの自分の行動や人との関係の持ち方を問題に感じ、それを変えたいと願えば、その妥当性した上でクライアントと目標の設定を行なう援助スタイルを持つ。生活支援においても、利用者が行動の変容をニーズに挙げれば、その実現のための援助が行なわれるのであり（稲沢 1999）、あくまでもクライアントのニーズ中心に展開されるスキルである。つまり、心理社会的リハビリテーションは、クライアントの持つニーズを実現するための、一連の援助行為の総称なのである。

本研究ではリハビリテーションの評価を、クライアントが地域社会で生活を維持するために必要なフォーマル・インフォーマルな物質的、手段的、情緒的、情動的サポートの質と量の程度を推し量るためのものとして考える。すなわち、クライアントのニーズを出発点に始めるリハビリテーションは、クライアント自身の能力や **Strength** を引き出し、高め、生活の自律的なコントロールを可能にすることをめざす。そして、障害の程度や症状などの要因が原因で、しばしば生活上の困難に陥ってしまうクライアントに対しては、その困難の度合いに応じた物的、手段的、情緒的なサポートを提供して、クライアントの生活の質が低下することを防ぐ。つまり、クライアントが置かれている環境やクライアントの状態、クライアントのニーズに応じて必要なサービスを柔軟に提供することで、クライアントの社会生活の維持と生活の質の向上を目指すのが心理社会的リハビリテーションの本質であろう。

地域での精神障害者の生活支援の実践家にとって、心理社会的リハビリテーションは医療の枠内のものであり、個人の障害や欠陥の変容と克服を目指すものであるという認識が、支配的であるのなら、その認識が変わることが本研究論文の願いでもある。

第1部 長期入院を続ける慢性精神障害者の退院援助—なぜ慢性精神障害者は長期入院を続けるのか？

第1章 慢性精神障害者に対する一般的理解

はじめに

第1章では、本論が研究の対象として論ずる慢性精神障害者について、まず慢性精神障害とは一体どのようなものなのか、その状態像や特徴を述べることにする。

精神障害は大別すると、表1のように脳をはじめとする身体の諸臓器の障害や、薬物などの外部物質の影響を原因とする外因性精神障害、事故や災害、近親者の死亡などの環境の急激な変化や対人面での葛藤などの、ストレス状況への不適応を原因とする心因性精神障害、そして、個人の内部に存在する、精神疾患を引き起こす素因や遺伝因によって引き起こされる内因性精神障害の3つに分類される（風祭 1991）。

表1. 精神疾患の分類

1.	心因性精神疾患
a.	神経症（心身症を含む）
b.	心因精神病
2.	内因性（機能的）精神障害
a.	精神分裂病
b.	躁うつ病
c.	非定型精神病，その他
3.	外因性精神障害
a.	脳器質性精神障害
b.	症状精神病
c.	薬物依存にもとづく精神障害
4.	異常性格
5.	精神遅滞

（出典：風祭 1991「序論」『必修精神医学』p.21）

本論文では、この多様な疾患・障害のうち、WHO（世界保健機関）作成による ICD-10² 分類の F2「精神分裂病，分裂病型障害³および妄想性障害」によるものにほぼ限定して議論を進めたい。それは、本論において研究対象とした障害者の大半が上記の F2 分類に該当す

² ICD-10 とは、世界保健機関（WHO）が作成した精神疾患の診断ガイドラインのことであり、正式な名称は“the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines (=「ICD-10 精神および行動の障害：臨床記述と診断ガイドライン」)”である。

³ 精神分裂病という病名は、日本精神神経学会の決定によって現在は統合失調症と改名されている。

る人たちであったためである。

第1節 慢性精神障害者とは？

1. 精神障害の特徴

代表的な精神疾患である統合失調症は、外傷や脳の器質的変化によらない内因性の精神疾患である。主として青年期に多く発症し、しばしば進行的な経過をたどって、末期には感情の鈍磨など特有の残遺状態を残すといわれる。統合失調症の一般人口中における出現頻度は0.7%前後とされる（笠原 1991）。

統合失調症の病型には、「被害的、誇大的などの体系的な妄想を有し、発症年齢が比較的遅い妄想型」、「思春期あるいは青年前期に発症し、感情や意欲の障害、および人格の荒廃がみられる破瓜型」、「精神運動性興奮や、行動や思考が静止した状態である昏迷などが特徴的な緊張型」、そして「幻覚や妄想などのはっきりとした症状はないが、不活発で生活の幅が狭められ、思考内容の貧困が特徴である単純型」の4類型が主である（Arieti 1974）。ICD-10によれば、妄想型とは原因や動機なしに突然「狙われている』とか、見張られている」というような考えを思いつき、それを確信してしまう病型のことで、通常は幻覚、とりわけ幻聴を伴う。妄想は、その内容によって関係妄想、被害妄想、嫉妬妄想、誇大妄想などに分けられる。破瓜型は感情の平板化と意欲の低下が特徴的で、思考が解体しており、感情の鈍磨や自閉傾向が緩徐に進行する。一般的に予後は悪い。緊張型は意志発動性が極端に亢進する緊張病性興奮や、意志発動性が極端に低下して、意識は清明だが行動は停止する緊張病性昏迷、そして拒絶や常同、奇癖などの独特の症状を示すが、回復は早くほぼ寛解する。単純型は、妄想や幻覚などの陽性症状はあまり目立たず、陰性症状が中心の病型だが、人格レベルの低下は破瓜型よりも軽度である。

統合失調症の症状には知覚障害、思考障害、感情・意欲の障害、自我の障害などがある。知覚障害の幻覚には幻視、幻聴、体感幻覚（身体の奇怪な感覚）が含まれるが、統合失調症では幻聴が多くみられる。その内容は自分に対する悪口やうわさ、命令などが多い。感情・意欲の障害としては、自発性や意欲が低下した無為自閉状態、周囲の物事に無関心になって感情が平板化する感情鈍磨状態、相反する感情を同一対象に対して同時に持つ両価感情などがある。思考障害には、思考内容の障害としての被害・誇大・注察などの妄想や、思路の障害である、話に脈絡やまとまりが無くなる連合弛緩、話の内容がばらばらで理解不能な滅裂思考などがある。自我の障害では自己と外界との境界が曖昧になる。能動性の

部分では離人感，させられ体験，自生思考（勝手に考えが浮かぶ），思考奪取，思考吹入，思考干渉（考えが操られる）などの障害が生じ，外界や他人に対する意識の部分では，考察知や考想伝播などの障害が生じる．

上記のような様々な症状は，「陽性症状」と「陰性症状」の２つに大きく分類される．陽性症状とは，幻覚や妄想，滅裂思考，緊張病様状態，奇異な言動など，客観的に見て明らかに異常と判断できる状態をいい，陰性症状とは感情鈍磨無気力，周囲への無関心や自閉，自発性の低下など，精神機能が減衰した状態をいう（大橋 2002）．

2. 慢性疾患モデルから捉えた精神障害

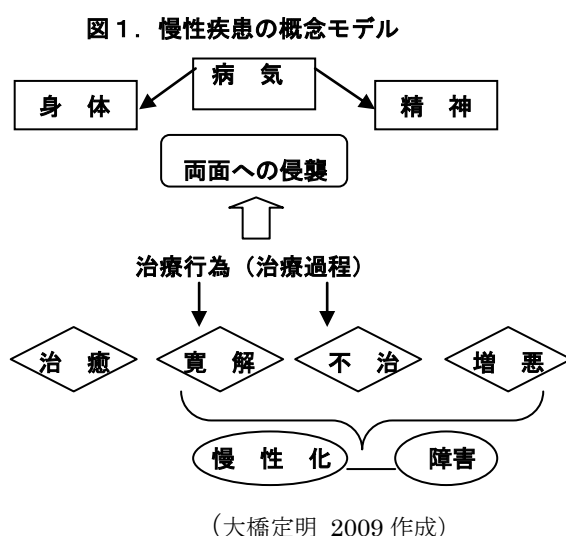
精神障害の代表的な疾病である統合失調症は，治癒が難しいだけでなく，再発と病状悪化のリスクも高い慢性疾患である．慢性疾患とは『急激な症状は示さないが，長引いてなかなか治らない病気の性質』（金田一・柴田・山田その他 1992；p.1230）を持ち，『不治ではあるが，すぐ生命が問題になるわけではなく，患者に苦痛を与えながら慢性に経過する』（川上 1973；p.6）疾病として定義される．

その他の慢性疾患の典型的なものとしては，ガンや心臓及び血管に関するすべての病気，喘息や肺の慢性的障害，糖尿病やリウマチ性疾患などがある．共通する特性は，多くの人々を長期間にわたって（あるいは死ぬまで）苦しめ，幾日にも及ぶ入院やコストの高い医療費などによって，ヘルスケアシステムに大きな影響を与え，高い死亡率に至るということである．また，死には直結しない疾患であっても個人の QOL（Quality of Life）に大きな影響を与える．もちろん同じ病気であっても，その原因や経過，そして終結には個々人によって違いがあるが，総じて障害の状態は不安定であり，ほぼ全員が病状悪化のエピソードを持ち，障害を進行させるような要因を持つことによって，状態像は何回も変化する（Maes, Leventhal & Ridder 1996）．統合失調症をはじめとする精神病も，致命的という点では異なるが，特性に関してはこの例に漏れない．そこで次に，慢性疾患による障害と不利に関して概念化を試みる．

2. 1 慢性疾患の概念モデル

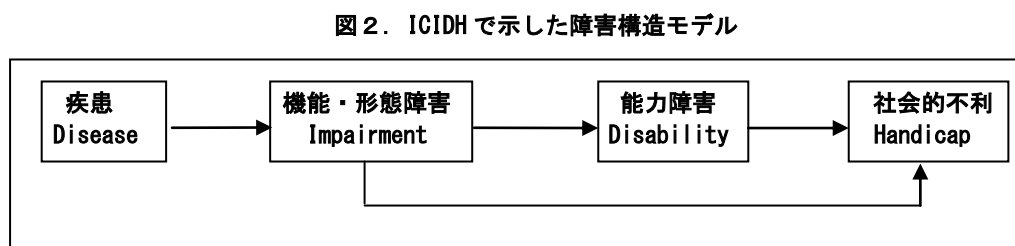
疾病とは，原因はさまざま異なるものの，いずれにせよ身体面と精神面への侵襲性を持つ．そして，その侵襲に対して行われる医学的治療行為（治療過程）によって疾病の程度は，治癒・寛解・不治・増悪の４つのレベルに分けられると考える．これらを日本語辞

典の大辞泉（小学館 1998）で調べてみると、治癒とは「病気やけがが治ること」、寛解とは「病気の症状が、一時的あるいは継続的に軽減した状態。または見かけ上消滅した状態」、不治は「病気が治らないこと」、そして増悪は「病状などがさらに悪化すること」とある。本論では先に示した「慢性」の定義（長引いてなかなか治らない病気の性質）に従って、この4つのレベルのうちの寛解・不治・増悪の3レベルを「慢性化」と位置づけ、そして、程度の差はあるものの、この慢性化に伴って身体的・精神的な機能不全が固定化した状態を「障害」と捉える（図1）。



2. 2 疾患と障害の構造

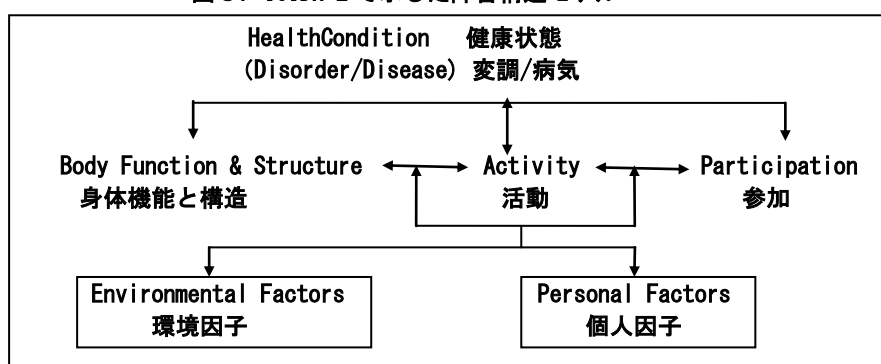
疾患と障害および不利の構造を説明するものには、1980 年に WHO（世界保健機構）が公表した国際疾病分類（International Classification of Diseases ; ICIDH）がある。ICIDH では、疾患による機能・形態障害と、それに伴う能力障害、そしてこれらの複合的産物としての社会的不利とをモデル化した（図2）。



（出典：WHO 1980 ICIDH 初版＝柏木（2001）『障害および障害者』『精神保健福祉論』 p.39 より抜粋）

さらに WHO は、2000 年に国際障害分類第 2 版（ICIDH-2）を作成する。ICIDH では、疾患に起因する障害によって社会的不利が生じるプロセスを連続的・不可避的に捉えていた。しかし改訂版では、「身体機能と構造」、「活動」そして「参加」の 3 つの次元を中心に据え、これらに影響を及ぼす要素として「健康状態」、そして「環境因子」および「個人因子」を配置した。これによって、障害者の社会的不利が固定的ではなく、個人資源や環境資源の存在や程度によって可変的であることを説明した（図 3）。

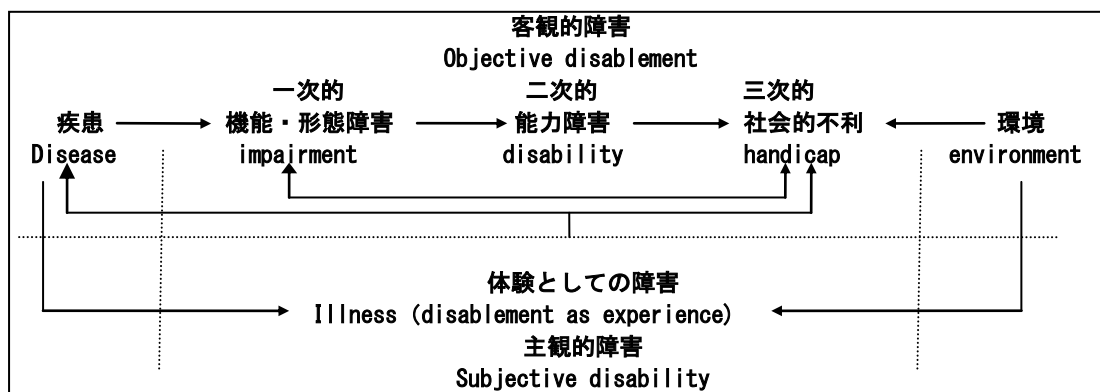
図 3. ICIDH-2 で示した障害構造モデル



（出典：WHO 2000 ICIDH-2＝柏木（2001）「障害および障害者」『精神保健福祉論』p.44 より抜粋）

また ICIDH とは別に、上田（1996）は疾患から社会的不利へと至るプロセスとともに、疾患によって不利をこうむる障害者自身の意識やネガティブな感情を障害構造の中に位置付けることによって、事実としての客観的障害と、体験としての主観的障害の 2 つの次元による障害構造モデルを提案した（図 4）。

図 4. 上田の提案した疾患と障害の構造



（出典：上田 1996 『目でみるリハビリテーション医学』第 2 版）

本論では、上田が提案する、疾患が及ぼす「社会的不利」と、主観的障害である「体験としての障害」の構造に注目し、以下の項においてその構造内容の具体的な検討を行なう。

3. 不利の構造

不利とは、機能障害や能力低下の結果としてその個人に生じた不利益（Disadvantage）であって、その個人にとって（年齢、性別、社会文化的因子からみて）正常な役割を果たすことが制限されたり妨げられたりすることと定義される（厚生省 1984）。そして不利の具体的な項目として、①オリエンテーションに関する社会的不利、②身体の自立に関する社会的不利、③移動性に関する社会的不利、④作業上の社会的不利、⑤社会統合の社会的不利、⑥経済的自立における社会的不利、⑦その他の社会的不利に分類される。

児島（1977）は、重症の疾病や長期間の療養生活を要する疾病、障害を残すような疾病などを罹患することによって顕在化する社会問題を、医療社会問題と命名した。この医療社会問題は以下の5項目で構成される。

- ①医療費問題：保険や公費負担で保障されない自己負担分、立て替え、差額の支払い困難など。
- ②生活問題：療養のため長期にわたって労働不能で、収入が中断または減少して生活問題が生じた場合。子供の養育困難。住宅問題や付き添い看護の問題など。
- ③介護問題：自立的に日常生活ができない病人や障害者の介護が困難な問題など。
- ④職業問題：疾病が長びく、あるいは障害を残して治癒した場合など、退職、復職困難、転職、求職など。
- ⑤教育問題：疾病や障害のため、教育が遅れる、教育が受けられないなどの問題。

児島の定義によるこれらの問題は、疾病起因による社会的不利と捉えることができる。

また不利には、上田（1996）が「体験としての障害」として指摘した、障害を得た個人が感じる情緒的不利も含まれる。この情緒的不利は、疾病の違いに関わらず共通して生じる。精神疾患である統合失調症を罹患した患者は、情緒面において緊張が強く（Lieberman 1993a；松井 1998）、自閉的で（Lieberman 1993a；百溪 1991；松井 1998）強い孤立感を抱き（Lieberman 1993a；坪上 1978；藤沢 1982）、不安と抑うつ感が高くて（Lieberman 1993a；松井 1998；藤沢 1982）、深い悲しみ（Lieberman 1993a）と絶望感を抱き（藤沢 1982）、意欲や自発性が低下する（松井 1998；秋元・上田 1990）。同じく精神疾患にカテゴリー化さ

れるアルコール依存症患者は、自責の念（信田 2000）と絶望感を抱え（今道 1991）、孤立感が強くて抑うつ的である（大原・本間・宮里他 1979）。内臓疾患患者でみると、インスリン依存型糖尿病患者は深い悲しみと死への恐怖、不安、抑うつ感情を持ち、心筋梗塞の患者は強い不安と抑うつ感情、そして喘息患者も不安と抑うつを感じ、ガン患者は、混乱、不安、悲嘆、絶望などを示す、と指摘されている（Maes, Leventhal, Ridder 1996）。さらに、脳血管障害の患者の強い不安感も報告されている（斉田 1989）。

これらの慢性疾患は、児島（1977）が指摘するように医療費問題や生活問題、介護問題や職業問題など、引き続く諸問題を引き起こしがちである。すなわち、作業能力の低下による失業（Liberman 1993a）、復職困難や医療費などの経済的負担や介護上の問題、家族内での役割変更や役割遂行の困難、あるいはライフコースの変更（斉田 1989）、就労の不能および社会的活動の抑制（Maes, Leventhal & Ridder 1996）など、さまざまな社会的不利を顕在化させる（表2）。

表2 慢性疾患に共通して生じる情緒的不利と社会的不利

	情緒的不利	社会的不利
失調 統合 症	不安、抑うつ、孤立感、緊張、深い悲しみ、怒り、絶望、自閉、自責、意欲の低下	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病気に対するネガティブなイメージ ・ 一般就労の困難による経済的不利 ・ ソーシャルスキルの稚拙 ・ 対人接触の困難
依存 症 アル コール	不安、抑うつ、孤立感、絶望、自責	<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病に対する固有の偏見 ・ 再発（再飲酒）の可能性の高さと、それに伴う医療的コスト ・ 欠勤、怠業による経済的損失
喘息	自己信頼や自信の喪失 発作不安への関心の集中 抑うつ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院回数の増加 ・ 職業生活からの離脱 ・ 制限的なライフスタイル
ガン	混乱、不安、悲嘆、深い悲しみ 将来への恐怖と不確実性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療的コスト ・ 末期では職業生活や家庭生活からの離脱
疾患 心臓	不安、抑うつ、怒り、不満	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労不能 ・ 社会的活動の抑制 ・ 医療的コスト
糖尿病	深い悲しみ、死への恐怖、不安、抑うつ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 合併症による入院 ・ 極端な食事制限 ・ 場合によっては就労の制限や収入状況の変化

（出典：liberman 1993a「機能評価」p. 98；松井 1988「治療的処遇」pp. 157-158；百溪 1991「精神分裂病者の理解のために」p. 158；坪上 1978『『私の体験』を聞いて』pp. 114-116；藤沢 1982『精神医療と社会』pp. 247-249；秋元・上田 1990『精神を病むということ』pp. 71-72；信田 2000『依存症』pp. 173-174；今道 1991「アルコール依存症の地域医療」pp. 152-153；大原・本間・宮里他 1979「アルコール中毒と自己破壊行動」p.86；Maes, Leventhal, Ridder 1996「Coping with Chronic Diseases Chronic Illness: A problem for Contemporary Western Society」pp.235-242；斎田 1989「成人期障害の生活危機と医療保障—難病患者の関わりを通して—」pp.143-145 を元に大橋定明が作成）

4. 慢性疾患に共通する特徴

4. 1 障害の受容が困難

慢性疾患には、不利だけでなく他にもいくつかの共通する特徴がある。1点目は疾患や障害の受容が困難なことである。疾病が持つ社会的位置付けとしては、病気の罹患そのものが社会的に制度化された役割遂行からの逸脱行動であるとする Persons⁴の「病人役割」概念や、逸脱というラベルが、そのラベルを付与する医療者と付与される当事者、そしてそのラベルを評価し、価値を付ける一般的オーディエンスという三者間の社会的相互作用によって創出されるとする Freidson⁵のラベリング理論がある（進藤 1990）。この社会的免責やラベルは、患者にとっては必ずしも恩恵とはならない（砂原 1983）。疾病が難治性で闘病が長びき、致死性の高い疾病、あるいは社会的偏見の強い種類のものであればあるほど、その受容も困難となる。たとえば精神病に罹患した患者は、近世日本にあつては門前払い刑の無宿人や病人、酒乱者などの公的な収容施設である非人溜に収容される対象だった（富田 1992）。またヨーロッパ諸国では、中世から近世にかけて精神障害者が魔女狩りの対象となり（中井 1982）、あるいは阿呆船の積み荷としてある都市から他の都市へと送られるか、もしくは都市の城門のところで監禁され、「外部の内側におかれているし、逆に内部の外側におかれてもいる」（Foucault 1972 ; p.28）存在であった。すなわち精神病に罹ることは、その個人の身分を決定する烙印ともなり得るため、罹患を受け入れることへの抵抗は強い。

筆者は長年アルコール依存症患者の支援に携わってきた経験を持ち、その特性を理解できる立場にあったため、アルコール依存症の例を用いたい。

アルコール依存症もまた、偏見の多い慢性疾患である。それは一般社会でのみならず、アルコール依存症患者を治療する専門医療機関の看護職者においても同様である。大川と竹本（1985）は、アルコール依存症専門病院に勤務する看護者の、患者に対する意識調査をおこなった結果、20名の調査対象者のうち、「酒癖が悪い、ぐうたらである、暴力をふるう人」と回答した者が9名、「病気であるという認識がない」と回答した者が6名いたと報告している。アルコール依存症はアルコールに関して自らを律する能力の喪失（窪田 2004）を本態とする疾病であるが、患者は先の偏見の回避のためだけでなく、飲酒による報酬効果を喪失することへの反発から、ラベルの付与を様々な理由付けや言い訳によってなんと

⁴ Persons 1951 “Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Practice”.

⁵ Freidson 1970 “Professional of Medicine : A Study of the Sociology of Applied Knowledge”.

か回避しようとする。それが否認であり、アルコール依存症治療ではこの否認を取り除くために、アルコール関連問題の明確化と自己洞察（埴生 1985）と、新しい生き方への方向付けが重要となる（大津 1984）。

このような、疾病や障害への直面と、その事実の受容の難しさについて、Ross（1971）はガン患者の死の受容プロセスを、＜否認―怒り―取引―抑うつ―受容＞とモデル化し、また上田（1996）は、＜ショック―否認―混乱―解決への努力―受容＞の各段階のプロセスを示すことで明らかにしている。

4. 2 再発の可能性

慢性疾患に共通する 2 点目は、再発の可能性が常にあることである。統合失調症では、妄想や幻聴などの精神症状沈静と再発防止のために向精神薬を継続的に服用することが求められる。また、ストレスに弱くて些細なことから自尊心を傷付けられることをきっかけに、再発につながりやすく（遠藤 1994）、再発を繰り返すごとに治療に反応しなくなり、社会的機能が荒廃するといわれる（斉藤・西條 1998）。そのため、症状が安定した状態を維持するためには薬物療法を持続することが欠かせない。薬物療法の重要性については、薬物を中断した場合の 2 年以内の再発率が 75%に達するという報告や（斉藤・西條 1998）、初回精神病エピソード後の 1 年間で再発率は 15～30%、2 年間で再発率が 30～60%であるが、投薬中断の場合は 1 カ月当たり約 10%の割合で再発し、一方、投薬を受けている場合はこれが 1/2 から 1/10 に減少するという報告（Aitchison, Meeham, Murray 1999）からも明らかである。そこで統合失調症の再発と再入院の防止には、薬物 Compliance（遵守性）の向上と服薬の管理が必要となる。Non-Compliance のリスクファクターとしては、病気の否認、医師―患者間での関係の乏しさ、治療への誤解などがあげられるが、薬物の副作用も無視はできない。主な副作用としては、錐体外路系副作用であるパーキンソン症候群⁶、ジストニア⁷、ジスキネジア⁸、アカシジア⁹などがあり、その他、体重増加や記憶障害、集中困難や性功能障害などの副作用もある。これらの副作用は患者にとって不快な体験で、社会・日常生活上での障害となり、家族や友人にとって見るに堪えないばかりか、社会的

⁶ 運動減退、筋強剛、振戦が 3 主徴である。

⁷ 筋肉が持続的に収縮する不随意運動で、多くは頭頸の筋肉に起こり、ゆがみ、ねじれ、反復的な運動や異常な姿勢の原因となる。

⁸ 異常な不随意運動で、特に口や顔面に起きる。

⁹ 落ち着きのない不快な内的感覚で、体のあちこちを動かさずにはおれず、立っている時には全身を揺らしたり、じっと座っていることができなかったりする。

差別の解消を妨げるものにもなり得る (Aitchison, Meeham, Murray 1999).

ストレス耐性の弱さと再発との関連については、Zubin と Spring による「統合失調症エピソードは個体が持つ脆弱性と、それに特異に働くストレスラーとの相互作用により発症する」という考え方が有力である。Zubin はその脆弱性について、生態学、発達、学習、遺伝、内部環境、神経生理の領域の相互作用によって、分裂病エピソードの脆弱性が形成されると仮説化し、その結果、①脆弱性を持つ個体に十分なストレスラーが加わった時に分裂病エピソードが現れる、②大半のエピソードは一過性に経過して回復する、③たとえ回復しても次のエピソードへの脆弱性を残す、と定義した (佐藤・吉田・沼知 2000)。ここでいうストレス脆弱性とは生物学的な傷つきやすさのことであり、その程度は個々人によって異なるものの、大きくは遺伝的要因と発達上の要因によって決定される。そして、このような脆弱性を持つ個人にネガティブな影響を与える、環境的・偶発的出来事としてのストレスラーへの対処が再発の予防にとって重要な要素となる。対処技術はストレスの減少を可能にし、適応を高め、ストレスラーのネガティブな効果を最小化し、ストレスによる影響の持続を軽減するが、それらの対処技術にはソーシャルスキルや問題解決技術、そして日常生活技術や基本的なセルフケア技術などが含まれる (Bellack 1989)。

統合失調症患者の再発要因に、家族の感情表出 (EE ; Emotional express) のレベルが関与していることが明らかになっている。EE は家族成員と統合失調症の身内との間でのコミュニケーションのスタイルを反映する構成要素で、患者に対する批判的なコメントや敵意のレベルが高く、または患者との相互関係の中で過剰に干渉的で子供扱いをするコメントが高い家族が High EE として評価される (Bellack 1989)。大島 (1991) は、Leff & Vaughn (1976) が行なった High EE 家族と Low EE 家族での再発率の比較研究を紹介している。研究結果は、High EE の家族環境下での統合失調症患者の 9 ヶ月後の再発率が、Low EE に比べて 40%ほど高くなり、そして High EE の家族の場合、再発率に影響しているのは、患者と家族の直接的対面時間の長さや服薬の有無であったことを示した。続けて大島 (1993) は、家族が High EE を生み出す条件として、

①High EE は、慢性疾患患者を身内に抱えたことに伴う一般的な情緒的反応で、一種の対処スタイル。

②High EE は、病気や症状、治療法、社会資源、対処資源に関する知識・情報の不足によってもたらされる。

③High EE は、不慣れな対応方法、不適切な対処技術の結果もたらされる。

④High EE は、家族資源の貧困によってもたらされる。すなわち経済的貧困、世話人の健康状態の悪さ、世話人の高齢、代わりの世話人が不在、社会の中での孤立無援などである。

⑤High EE は、家族の主観的な生活負担のバロメータである。

と指摘した上で、日常的ケアの提供者である家族が、正しい知識と情報を得て患者に対する対処技術を高める必要性とともに、家族資源の不足や家族のケア負担あるいは生活困難に対して、家族自身が援助ニーズを持つ援助対象者であるという視点を持つ必要性を指摘する。

アルコール依存症も容易に再発を引き起こしやすい疾病である。アルコール依存症の本態が、アルコールに対するコントロール喪失であることは先に述べたが、それはすなわち、ごくわずかなアルコールを口に入れただけでも適当な量で切り上げることができずに、とことんまで飲まずにはいられない状態に陥ることを意味する。また、体内のアルコールが減少すると、手の震えや発汗・焦燥から、深刻な場合には幻視や幻聴などの離脱症状が生じるため、これらの不快な体験を回避するためにさらにアルコールを補給しなければならなくなる（森岡 1984）。そのため、アルコール依存症に罹患した患者が正常な社会的役割機能を果たすためには、断酒を継続することが必要となる。しかし、アルコール飲料の自動販売機や、24 時間営業のコンビニエンスストアでのアルコール販売が常態化している環境など、飲酒に寛容な社会的風土の存在が断酒の継続を困難にする。

4. 3 疾病のセルフコントロールの必要性

慢性疾患の 3 点目の共通点は、患者自身に再発防止のための疾病のセルフコントロールが求められることである。セルフコントロールの典型は服薬の遵守であるが、この点については疾病や障害の受容レベルや、疾病についての知識との関連が要素となる。患者が「自分は違う」、または「自分はそこまでいっていない」と疾病を否認すれば、治療継続は困難になるし、「退院したから病気は治った」とか、「薬にいつまでも頼ってはいけない」というような疾病に関する正しい知識や治療の方法についての情報が不足していれば、それは再発に結び付く。たとえ疾病受容や服薬遵守性が保たれてでさえも、統合失調症患者が向精神薬の副作用にもかかわらず服薬を続けることや、糖尿病患者が血糖値を安定させ

るために、インスリンの自己注射を続け、厳格な食事制限を行なうことには困難が伴う。

また慢性疾患では、再発防止のためにそれまで個人が維持してきた生活スタイルの変更を求められることも少なくない。統合失調症患者は、社会的引きこもりや昼夜逆転による生活リズムの乱れ、それに伴う不規則・不十分な食事や睡眠、服薬が再発を招きやすい。そのため、日中はデイケアや作業所でのリハビリテーションプログラムに参加し、あるいは就労活動に取り組むなど、生活時間や生活行動を構造化する必要がある。

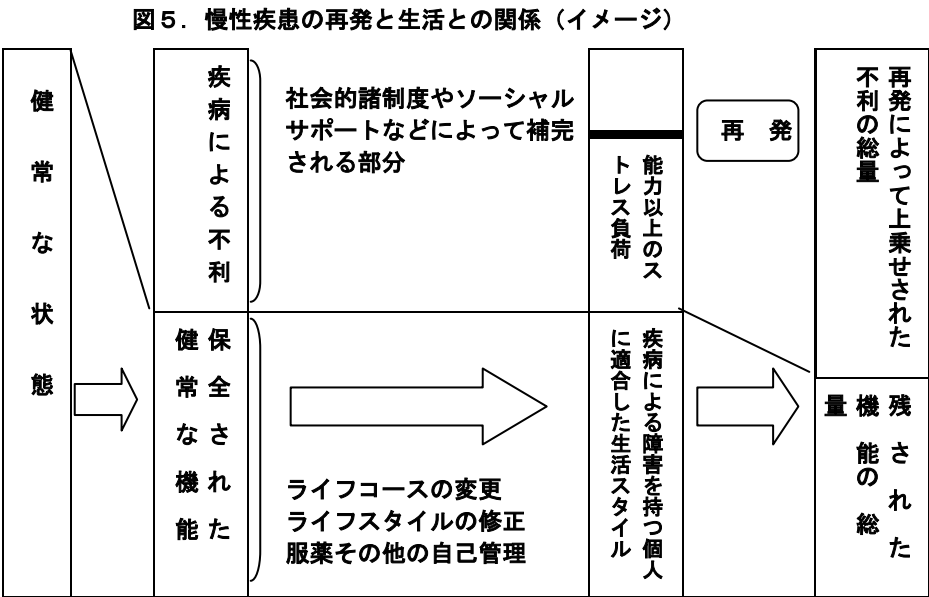
このようにして生活における予測の感覚を持てるようになると、症状や不快な感覚があっても自分たちの生活に安心でき、コントロールできると感じるようになる (Allness & Knoedler 2001)。アルコール依存症患者は、長年の飲酒習慣をやめ、一杯のアルコールに手を出さないようにするために、毎夜地域のどこかで開かれているセルフヘルプグループのミーティングへの出席を習慣化することが求められる。しかし、もしもこれらのセルフコントロールが上手くいかず、病状を悪化させる原因となる身体的・精神的なストレス負荷がかかった場合には、再発と疾病の重症化によって一層の不利が生じることとなる。

5. 生活スタイルや生活構造の再構成

再発を防ぐため、慢性疾患に罹患した障害者に求められるセルフコントロールは、それまでの生活スタイルや生活構造から、疾病に合わせたそれへの組み換えを含む。つまり病気によって損なわれた、あるいは低下した能力に合わせた生活スタイルや構造に変更し、それを維持することによって再発を防ぐのである (図5)。しかし、個人に残った“健康な部分”に合わせて生活スタイルを変更していくのは容易なことではない。それは患者に対して、通院や治療に要する時間的・費用的コストや、再発リスクを防ぐための離職や転職などのキャリアの変更、それに伴う収入的成本などを求める可能性があるからである。また、患者自身が生活スタイルの変更に否定的な反応を示すことも考えられる。たとえば、高血糖の管理を必要とする糖尿病患者が、ダイエットよりもパーティのホスト役を務めることのほうが重要と考えるかもしれないのである (Maes, Leventhal, Ridder 1996)。

加えて重要なことは、社会の労働能力や社会的活動性、役割機能のレベルにおける一般的価値観と、障害者がその障害に合わせて生活構造を再構成する上での、障害者の価値観とに不一致が生じる可能性があることである。一般的価値観が市場中心主義にあると仮定すれば、そこでの価値観は、個人が市場で何らかの生産過程に関与するという役割機能が重要視され、その機能の如何によって個人に対する評価が決定される。その価値観のもと

での医療の役割は、病気でいったん低下した個人の労働力を、その原因となった欠陥や病理、疾病を除去・改善することによって、患者を一般的価値観に見合う状態に変容させて市場に戻すことにある。そしてその価値観の中では、変容に失敗した慢性疾患患者や障害者にはネガティブな社会的評価が下され、結果として障害者自身の自己尊重を損なうことになる（稲沢 1999）。



（大橋定明 2009 作成）

しかも厄介なことに、この一般的価値観は強大で、障害者自身やその家族、そして治療者を含む関係者全体に大きな影響力を持つ。そのため、「仕事をして一人前」であるとか、「いつまでも薬に頼るな」などのメッセージが伝えられることが少なくない。しかし、慢性疾患患者や障害者にとって重要な価値とは、残された健康的な部分に合わせた生活スタイルを尊重して再発を防ぎ、その中で個人の生活の質を高めていくことにある。すなわち障害者が自己尊重を回復させるためには、市場における生産性中心の価値観から、障害者の生活スタイルを尊重し、その個人に合わせて価値観を転換させていく周囲の理解と努力が必要となる。併せて、疾病や障害によって損なわれた能力部分に対する補完的・補足的サポートとして物的・制度的支援や情緒的支援を行ない、疾病や障害による不利が個人の生活と健康を脅かさないようにすることが、障害者の自己尊重を維持し、高める要素であろう。

第2節 精神障害者のライフコースとそれを支える支援者

1. 精神障害者のたどるライフコース

ここで、精神障害者のたどるライフコースを概観してみたい。精神障害者のライフコースの第一段階は、医師による精神疾患の診断と同時に始まる治療である。治療法がその病状の程度によって外来治療と入院治療とに区分されるのは、他の疾患と同様である。通常入院治療は、病状が改善して社会生活の維持・遂行が可能と判断されると外来治療へと移行するが、患者によっては、入院が長期にわたって遷延することも稀ではない。入院を長期化に導く退院阻害要因としては、①社会的要因：精神障害者などの「異端者や社会的不安分子の排除・分離収容という社会防衛的な要請」（大島 1988；p.8）、②疾病的要因：病状の不安定、③制度的要因：退院後の住居確保を保障し、日常生活を支える制度の不足、④環境的要因：退院に対する家族の反対、家族自身の患者に対するサポート機能の不足、退院後の生活サポートを行なう人的資源の不足、⑤心理的要因：患者自身の環境変化への不安や現実認識の乏しさ、退院意欲の乏しさなどが挙げられる（鹿野・原・吉原他 2003）。一方、診断当初から外来治療を開始した患者や、あるいは入院したのちに外来治療に移行した患者であっても、前節で述べたように服薬の自己管理や、障害に合わせた生活スタイルの維持、そして日常生活上のストレス対処などが不具合であった場合、症状の再燃や悪化によって再入院に至ることがある。

2. 医療・生活局面における支援者

精神障害者の医療局面と地域生活局面の両方に対して援助を行なう支援者として、ソーシャルワーカーが存在する。医療局面における援助のモデルとしては、厚生省（1988）による「医療ソーシャルワーカー業務指針」がある。そこには（1）経済的問題の解決、調整援助；入院、入院外を問わず、患者が医療費、生活費に困っている場合に、保険、福祉等関係諸制度を活用できるように援助する、（2）療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助；入院、入院外を問わず、生活と傷病の状況から生じる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行なうため、これらの諸問題を予測し、相談に応じ、解決に必要な援助を行なう、（3）受診、受療援助；入院、入院外を問わず、生活と傷病の状況に適切に対応した医療の受け方や、診断・治療内容を患者が拒否、あるいは患者・家族に診断や治療内容に不安のある場合に、その理由となっている心理的・社会的問題や状況について解決を援助

する、(4) 退院（社会復帰）援助；生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生じる経済的・心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行なうため、これらの諸問題を予測し、相談に応じ、解決、調整に必要な援助を行なう、(5) 地域活動；関係機関、関係職種と連携し、地域の保健医療システムづくりに参画する、という5点の項目が示されている。これらの基本的業務には、患者の就労・労働場面における、雇い主や同僚との関係の改善調整、転職や復職、再就職に関しての助言援助、住宅の維持・確保のために必要な援助、就学・復学に向けた調整援助や、傷病や障害、療養によって生じる家族関係の葛藤などの問題への調整や対応も含まれる（高橋・寺谷 1986；佐藤 2001）。

3. 生活局面における支援内容

ソーシャルワーカーによる地域生活局面での援助としては、(1) 在宅ケア；面接での相談、24 時間電話相談、精神障害者のニーズ調整とサービスコーディネート、ホームヘルプサービスの開拓、危機的状況への対応、(2) グループホームや共同作業所の運営と利用者支援、(3) デイサービス・イブニングサービス；給食や入浴のサービス、(4) 余暇サービス；日中の居場所や憩いの場の提供、社交的なイベント（コンサート、パーティなど）の開催、などが挙げられる（谷中 1996）。

また近年では、「再入院の危険性の高い退院患者に対して、包括的で現実根ざした治療を提供する。その治療はクライアントの職業的、社会的で自立的な生活技術を強化するようにデザインされ、クライアントの再発回避を助け、クライアントが社会の一員として貢献するようにする」（Dincin & Witheridge 1982；p.643）ことを目的とした地域ケアモデルが注目されている。それは ACT（Assertive Community Treatment）と呼ばれるものである。ACT の活動は、①症状管理を伴う直接援助：医療面では 24 時間の緊急利用や短期入院が可能、②優れて援助的な環境：上質な居住環境、基本的ニーズの充足とソーシャルサポート、家族や地域メンバーへの教育とサポート、③手段的機能による直接援助：仕事、社会、日常生活活動における援助、を柱とする。この援助モデルの特徴は（1）慢性的で再発のリスクの高い精神障害者に多様な物的（食糧・衣料・シェルターなど）、心理的、社会的サービスを配達、（2）同じスタッフが、クライアントが必要とする限り何年にもわたってサービスを提供：スタッフ―クライアント間の長期の信頼関係を可能にし、長期間の地域ケアを促進、（3）クライアントの住まう環境で大半のサービスを提供；積極的なアウトリーチによって、クライアントがサービス提供機関や施設に来るのを期待するよりもむしろ

ろ、サービスをクライアントに持っていく、(4) 継続的なケアと積極的な継続的チームアプローチの4点である。

また、ACTによって行われる援助サービスには、クライアントが地域生活を送るために必要な対処技術（公共交通機関の利用、簡単な食事の用意、生活費の使い方など）を身に付けるための取り組みや、地域生活に留まって、頑張り通すためのクライアントの動機を励ますサポート、そしてクライアントを積極的に援助プログラムに巻き込み、プログラムからのドロップアウトを防ぐために積極的にアウトリーチを行なっていく準備性も含まれる（Stein & Test 1980 ; Test, Knoedler, Allness et al 1991）。

4. 退院援助および生活援助のモデル

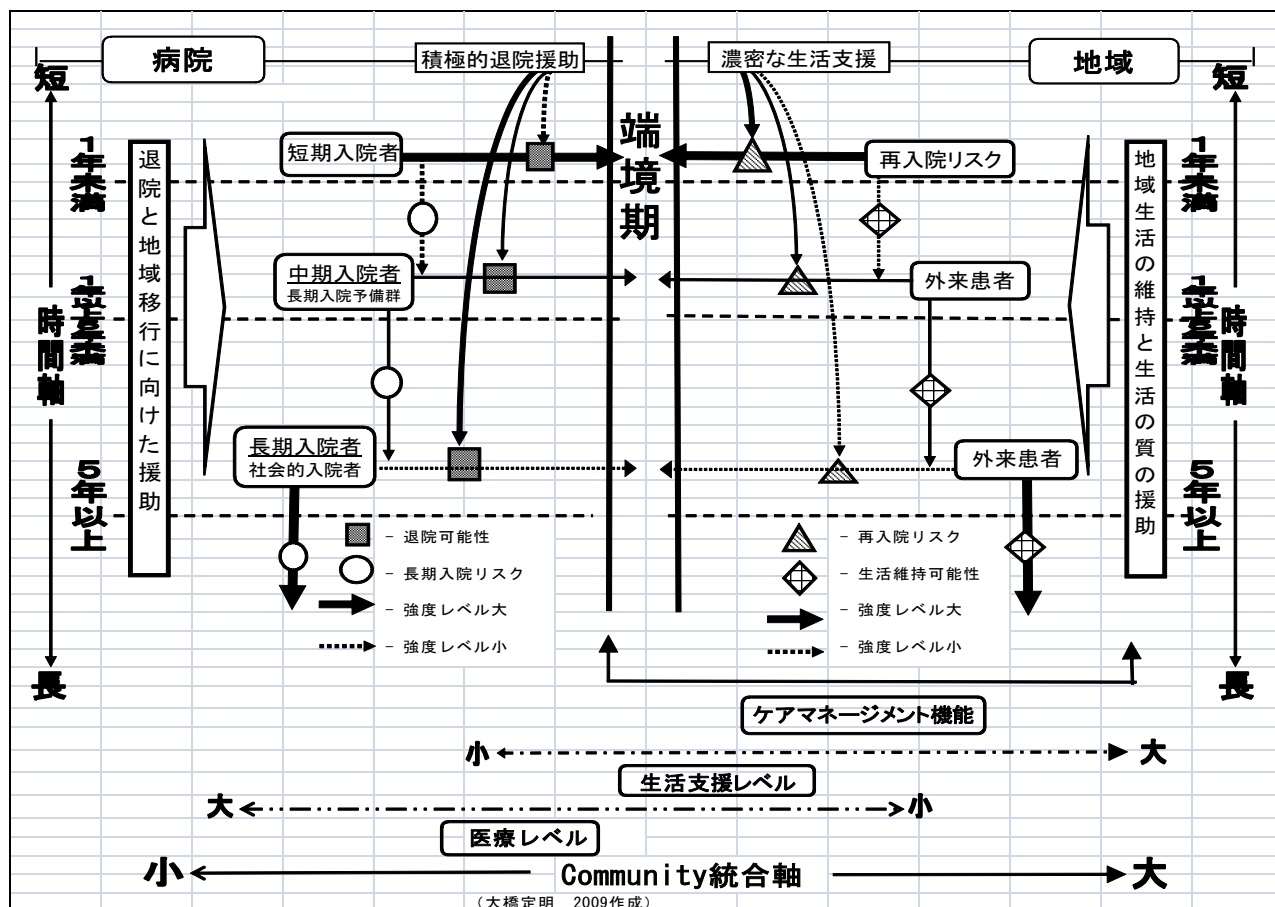
このような精神障害者に対するソーシャルワーカーの援助行為を、医療局面における入院中の精神障害者の退院援助と、地域局面における生活援助の2つに大別してモデル化したものが図6である。

モデルでは、縦軸が**時間軸**、横軸を**コミュニティ統合軸**と規定した。時間軸は上から下に向かうに従って、精神障害者がそれぞれの局面で生活する時間の長さを示し、コミュニティ統合軸は左から右に向かうほど地域での役割や対人交流など、社会生活機能のレベルが大きいことを示す。そして、病院生活から地域生活へとまさに移行しようとする際の段階、地域からすれば病状の悪化のために障害者の生活の維持が困難となり、入院を決断せざるを得ない際の段階を**端境期**と設定した。治療の濃密さを示す**医療レベル**は**入院局面**の方が高く、逆に障害者の地域生活を援助する**生活支援レベル**は**地域局面**の方が高い。そして、地域生活を通じて障害者が必要とする福祉ニーズや医療ニーズを発見し、それらのサービスが有効に作用するように調整し、障害者にサービスを調達して障害者の生活の質を高める役割を果たす機能を**ケアマネジメント**とした。

入院局面では、ソーシャルワーカーは患者の症状が活発な急性期を脱した段階から、退院と地域移行に向けての援助を始めるが、モデルでは援助対象となる入院患者のうち、入院期間1年未満を短期入院者群、1年以上5年未満を長期入院予備群、そして5年以上を長期入院者群として分類した。近年の精神科病院では短期入院者群と長期入院者群との二極分化が著しい傾向にある。国立精神神経センター精神保健研究所（2008）の「平成18年度精神保健福祉資料集計表」によれば、平成18年6月の1ヶ月間を対象に、全都道府県と政令市の精神科入院医療機関に対して行なった調査では、入院期間が1年未満の患者の6月

退院者は、全退院者 31,059 人中 26,901 人（86.6%）を占め、入院期間 1 年以上 5 年未満の 2,738 人を加えると、全体の 95.4%に及んだ¹⁰。

図 6. 退院援助と地域生活援助の概念図



この結果から、短期入院者群ほど退院援助に対する反応が良好で退院可能性が高いが、入院期間が中期に向かうと退院援助への反応が鈍くなって、長期入院予備群を形成する。そして入院が長期化するほど退院可能性が低くなるといえる。これを退院援助に向けた積極性のレベルに置き換えると、短期入院者は地域移行に向けての反応が良い分、援助レベルは低くて済むが、入院が長期に向かうほど積極性レベルを強化する必要があると考えられる。

地域局面では、医療機関や地域生活支援センター、通所授産施設などのサービス提供機関のソーシャルワーカーが、精神障害者が地域生活を維持し、生活の質を高める援助を行

¹⁰ 退院には死亡退院、他科への転院、生活施設への入所による退院を含む。

なう。精神障害者にとって再発の可能性は、地域生活を送った期間の長短に関わらず等しく存在する。しかし通常、退院後の地域での生活経験が長い者ほど、日常生活技術や対人交流技術などのソーシャルスキルや問題対処技術が向上し、ソーシャルサポートも拡大するため、再入院のリスクは低下して地域生活の維持可能性が高くなると考えられる。したがって退院1年未満者が最も再入院リスクが高く、地域生活の維持可能性は低いため、彼らが地域生活を維持できるよう援助者による濃密な生活支援が必要となる。

その生活支援の方法である**ケアマネジメント**は、地域生活を送る精神障害者の生活上のニーズ発見やニーズ変化に対応するため、アセスメントとそれに基づいた援助計画のプランニング、援助の実施と援助の進捗状況のモニタリング、そして援助効果のエバリュエーションという一連のプロセスで構成されており(高橋・大島 1999;古屋 2001;門屋 2001)、障害者の地域生活を通じて実施される。このケアマネジメントが最も集中的に行われるのが端境期であると考えられる。入院局面においては、精神障害者が地域で生活を再開するにあたって、生活維持が可能な生活技術や生活サポートの確保にむけた濃厚な支援を要する。そして地域局面にあっては、病状の悪化や生活困難が精神障害者を再入院に向かわせることを防ぐ、そのための総合的な支援が、ケアマネジメントというプロセスを通じて行われるのが端境期であろう。

しかしながら、端境期の重視は社会的入院予備軍である中期入院者や、社会的入院を続ける長期入院者の退院援助と、地域移行に向けた努力を軽んじるものではない。中期・長期入院者に対する援助は、彼らが病院と地域社会との端境期に到達することを目指して行われるものである。また一方、5年間以上安定して地域社会で暮らす障害者であっても、疾病という困難に加えて、加齢というライフコース上の不可避的な事態に直面していく。その際に、高齢精神障害者というカテゴリー内での新たな生活ニーズが生じ、それに向けた援助が必要となる可能性は高い。

精神障害者のライフコースにおいて、再発のリスクは常にあり、それを防ぐために医療との関わりが不可分であることは明らかである。障害者の生活の質を高める上では、地域生活の中での再発や再入院のリスクをできる限り低減させることが重要であろう。

第2章 日本の精神障害者とその家族を取り巻く状況

はじめに

日本には明治 7 年に医制発布後、近代精神医学が導入された。しかしその治療による恩恵を受けた精神障害者¹¹は少なく、多くは家人によって私宅に監置された。この状況は、終戦後の法改正において私宅監置の禁止が盛り込まれることによって終わるが、代わりに民間資本によって数多く設置された精神病院への長期収容という事態を生んだ。また、精神障害者に対する社会防衛的施策とも相乗した結果、精神障害者は先進欧米諸国と比較にならないほどの長期間にわたって精神病院に収容され続けた¹²。

入院が長期化した精神障害者にとって、退院の受け入れ先や退院後の生活の扶養を期待できるのは両親をはじめとする家族である。しかし精神病の発病以来、長い期間を精神病院で過ごし、そこで年齢を重ねた精神障害者に高齢化が進むのと同様、その家族も高齢化の波の中にいる。そのため、高齢化した精神障害者をさらに高齢となった家族が扶養していくことは困難であるにも関わらず、精神障害者自身だけでなく医療関係者も退院の受入れを家族に大きく期待した。結果的に家族は退院の受け入れを拒み、精神障害者は精神病院に留め置かれて一層入院が長期化し、病院内での精神障害者の高齢化を促進させた。

本章では、そのような精神障害者と家族の状況を、歴史的背景と法制度を軸に論を進める。

第1節 精神障害者処遇の歴史的概況

1. 近代日本における精神障害者施策と処遇の概要

明治政府は 1874 年に医制を発布した。しかし公立や私立の精神病院（当時の呼称は癲狂院）の設置数は全国的に少なく、精神障害者の多くは、その家人によって屋内や戸外に設

¹¹ ここでいう精神障害者とは、精神保健福祉法第 5 条に規定する「統合失調症，中毒性精神病，精神薄弱，精神病質その他の精神疾患を有する者」のことである。

¹² 入院期間は、アメリカ合衆国では多くが 1 ヶ月以内で、1991 年度での平均在院日数は 12 日である。旧西ドイツではやや長い、それでも 1990 年代初頭の平均在院日数は 80 日程度である。一方日本では、1998 年 10 月時点での入院患者の平均在院日数は 423.7 日と、諸外国に較べて圧倒的に長期であり、日本国内での一般病院入院患者の平均在院日数 32.8 日と比較しても、その入院長期化の特徴は特筆するものがある。さらに、日本の総精神科病床数は約 35 万 8000 床であり（平成 11 年 6 月 30 日現在）、日本・アメリカ合衆国・イングランド・旧西ドイツにおける、1990 年度人口 1 万あたり精神科病床数は、それぞれ 29 床・6.4 床・13.2 床・16.5 床であることから、精神科病床数の多さも日本の特徴といえる。

けた座敷牢に監置された（金子 1982）。1900 年には、日本で初めての精神障害者を対象とする法律である精神病者監護法が制定された。この法律は四親等以内の親族への重い監護責任義務を負わせるとともに、精神病者の私宅監置を容認し、その場合の届出は警察を通じて地方長官に出させるという社会防衛的、治安維持的な色彩の強いものであった。

座敷牢を用いた私宅監置の状態については、呉秀三らが 1918 年に実態調査を行なっている。その報告書である「精神病者私宅監置の実況及び其の統計的観察」によれば、ある者は納屋の一角を角材で囲った狭い居室に住まい、その居室の採光は極めて悪い状態にある。またある者は、自宅の軒下に設けられた一坪ほどの広さの居室に収容され、簾を掛けて雨風除けとし、採光、換気は甚だ悪い状態であると述べている。呉は、このような私宅監置の状況に対して、『…我邦ニ於ケル私宅監置ノ現状ハ頗ル惨憺タルモノニシテ行政庁ノ監督ニモ行キ届カザル所アルヲ知レリ。吾人ハ茲ニ重子テ言フ。其ノ監置室ハ速ヤカニ之ヲ廃止スベシ…』と、私宅監置の存在と精神障害者の処遇方法を厳しく批判した。また民間精神療法についても、『…民間療方ニモ何等見ルベキモノナク、且ツ時トシテ危険ヲ伴フ措置アルヲ知リ…』と否定的な評価をしながら、私宅監置を許した精神病者監護法への批判を行ない、国公立・私立の精神病床の著しい不足の早急な改善や、精神障害者に対する治療の確保を強調した（金子 1982『松沢病院外史』 pp.13-14, pp.23-24）。

呉らの尽力によって制定された 1919 年の精神病院法は、内務大臣に都道府県へ公立病院を設置させる権限を付与するが、その後も精神病院の設置は進まず、精神障害者の処遇は依然として私宅監置が大勢を占めた。

2. 日本の民間療法とイギリスのモラル・トリートメント

ここで、呉らが痛烈に批判した民間療法の内容を見ることにする。

日本では、精神障害は古来より近世を経て明治初期の時代に至るまで、狐狸の類に取り憑かれた超自然的な現象として考えられた。障害者に対する処遇は、加持祈祷や、寺社仏閣・民間施設での滝行や参籠などのほか（小俣 2000, 2003）、他害を防止する治安上の理由から、入牢や座敷牢への檻入れ、非人頭への溜預けなどが行なわれた（碓井 1979；富田 1992；昼田 2003）。

その民間施設での療法について吉田・岩尾・生村（1997）は、兵庫県内で大正後期から昭和中期まで行なわれていた精神病患者に対する民間療法についての実態調査を行なっている。調査では、対象となった 7 ヶ所の民間施設のほとんどが、その施設への精神病患者の入

所に際して家族（障害者が最も安心できる相手であって、多くは母親）の同伴を求めており、開放処遇を不可欠の要素としていた。ある施設では、一組の親子に竈堂の一室が提供され、日常生活を離れた静かな自然環境の中で、開放的な処遇と1日2回の滝業、そして自炊生活を送りながら障害者の自然な回復を待つ治療の形態を取っていた。そして他の施設では、精神病の入所者同士が同じ竈堂で修行や農耕・滝業を行なう共同生活をしていた。生村らはこの調査から、民間療法の実施者たちには、患者の治療可能性を信じて障害を固定した状態としてみなさず、患者を隔離しないという姿勢が共通していたと結論づけた。

次に、18世紀末から19世紀にかけてイギリスのヨーク療養所で行なわれたモラル・トリートメント（Moral-Treatment）¹³と呼ばれる入所者処遇の内容をみてみよう。モラル・トリートメントは、精神病患者は確固とした、しかし親切で受容的な、そして健康的でかつ倫理的（Moral）な環境で治療されるべき、という考え方に基づく。とりわけ倫理的環境は、モラル・トリートメントにおける治療の最も重要な構成要素とされた。倫理的環境とは、精神病の原因となる反倫理的行動（それは不義、不貞、働きすぎ、ねたみ、暴飲暴食、飲酒、過度のセックスなどを含む）に対抗的に作用するものである。

市街地から少し離れた場所に位置した、穏やかで心地よい保護施設に入所した精神病患者は、その家庭環境での毎日のストレスから完全に解放され、休息や軽い食事、強精剤、健康的な運動、信仰生活、豊かな自然と新鮮な空気、そして娯楽やゲームが提供された。そして、彼らに対して尊敬と敬意を持って治療するスタッフに世話や介護をされ、スタッフから患者自身の内的な考えや感情を自由に発散させるよう奨励された。精神病患者はこの治療施設において、治療に対する強制も時間的な制約も加えられなかった（Gerhart 1989）。

そこで、日本の民間療法とTukeのモラル・トリートメントの治療対象者や処遇内容を比較すると、表3のようになる。両者を比較するといくつかの共通点がある。それは、①豊かな自然環境の中の安心できる施設で、信頼できる家族やスタッフと共に生活をする、②施設は開放的で行動や時間の制限がなく、精神障害者は日々の日課の中で内的な緊張をほぐす、③精神病患者を隔離収容するのではなく、人としての敬意を払いながら低下した能力の自然の回復を期待する、④精神障害者を取り巻く環境も発病の要因として捉え、その環境による負荷の持続が精神障害者の心理状態や日常生活を困難にするという認識に立つ、

¹³ モラル・トリートメントは、敬虔なクウェーカー教徒でもあったウィリアム・テューク（William-Tuke）が創設した、主に精神障害者を対象とした治療施設である。

という点である。

表3 近代日本の民間精神療法とイギリスのモラル・トリートメントとの比較

	民間精神療法	モラル・トリートメント
立地	郡部の寺社の施設内に附置	市街地の郊外
利用者	内因性の精神病患者であり、麻痺性痴呆、てんかん、アルコール依存症は除外	内因性精神病患者、抑うつ患者の他に不貞の者、過労の者、大食の者、大酒の者、多淫の者を含む
同伴者の有無	家族と同伴で入所	単独で入所
入所の期間	半年から1~2年	無制限
生活の形態	精神障害者と家族のみの参籠生活 精神障害者のみの共同生活 一般の参籠者との共同生活	精神障害者の共同生活
処遇の形態	開放処遇（興奮時のみ拘束や行動制限）	開放処遇（興奮時のみ拘束や行動制限）
治療の内容	修行（主に滝行）、祈禱、農耕作業と自給自足	休養、軽い運動、信仰、作業、自己の感情の表出と言語化への促がし
治療の方針	自然治癒（羞恥心が戻り、銭勘定が可能になれば回復したとみなす）	自然治癒（患者の自己抑制の強化・助長と慰安による）

（出典：吉田貴子・岩尾俊一郎・生村吾郎 1997「近代における『民間』精神病収容施設の実像—兵庫県のフィールドワークをとおして—」p.36-50 と、Gerhart 1989 “Caring for the Chronic Mentally Ill” p.5 を元に大橋定明が作成）

近世から近代にかけて、西欧諸国で精神病治療といえば、激しい興奮状態の患者を檻や鎖、拘束衣を使って拘束する以外では、患者を長時間微温浴に入れて興奮を静めるか、回転台に乗せて高速で回転させ、激しい身体的ショックによって心身の状態を混乱させることで精神症状を鎮静化させるというものであった（西丸 1975）。そのような時代状況の中で、精神障害者を取り巻く環境のストレスが精神病発症の要因と捉え、低下した心理的機能と社会生活機能の賦活化を図りながら自然治癒を待つという民間療法やモラル・トリートメントの実践は、個人の疾病性への関心の集中から、個人と環境との相互作用の結果としての病理性へと視座を拡大していった点で注目できよう。

3. 戦後日本の精神科医療と精神障害者処遇

精神障害者処遇の大きな転換は、1945年の精神衛生法の制定によってもたらされる。精神衛生法は精神障害者の私宅監置と、精神病治療施設以外の施設への収容を禁じたが（精神保健福祉研究会 2001）、それが結果的に、精神障害者を精神科病院に一点集中的に収容し、地域社会から隔絶させる道筋をつけるものとなった。

この法律で定められた入院制度は、自傷他害のおそれのある精神障害者に対して国家が入院命令を行なう措置入院と、障害者本人に入院の意志がなくても医師による要入院の判

断と、精神障害者の保護義務者による入院の同意によって精神障害者を入院させることができる同意入院の、2種類の強制入院制度が主であった。しかしながら、患者や家族が精神病院内での処遇の改善や退院請求などを行なう審査請求制度や、第三者機関が精神科病院の精神障害者処遇の内容などのチェックを行なう機能が規定されていなかった。

また法 38 条（行動の制限）では、「精神病院の長は、入院中または仮入院中の者につき、その医療または保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行なうことができる」と定めた。この条文は、正確な医学的根拠や解釈のないままに、精神病院の長による恣意的な退院の制限や通信面会の制限、外出・外泊の制限など、精神障害者に対する不必要な行動制限や、深刻な権利侵害を引き起こす法的な根拠ともなった。

精神衛生法ではまた、都道府県に公立の精神科病院の設置を義務付けていた。しかし、実際に設置した都道府県は 39 府県に留まり、1954 年に実施された全国一斉の精神衛生実態調査では、精神障害者の全国推計が 130 万人で、うち入院が必要と考えられる者が 5 万人と推定されたが、精神病床数は 3 万 8 千床と極端に不足した状態だった。そこで同年、非営利法人による民間精神科病院設立に対する国庫補助制度が認められたことによって、全国の精神科病院数が爆発的に増大する。1960 年には医療金融公庫が発足し、精神病院設立に優先的な国庫融資が認められたことが、この傾向に拍車をかけた。その結果、1955 年の全国精神科病院数は 260 ケ所だったのが、1965 年には 1068 ケ所、病床数にして 8 万 5000 床と急増する。

このように、精神科病院は 10 年間で 4 倍強の伸び率を示した。一方医療従事者の配置については、1958 年の厚生省事務次官通知によって、精神科病院の医師数は一般病院と比較して患者 48 人に対して 1 人と 3 分の 1 に、看護者数では患者 4 人に対して 1 人と 4 分の 3 に、そして薬剤師数は患者 150 人に対して 1 人と、約 2 分の 1 にとどめることが認められた。¹⁴加えて、入院患者に対する、治療上の理由による大幅な行動制限が法的に認められていたことから、精神科病院内では、少ない人員配置と相まって入院患者の長期収容化に向かう。さらに、1963 年に起きた、精神障害者による駐日アメリカ大使へのナイフ刺傷事件が、精神障害者からの社会防衛的観点に基づいた隔離収容の方向に拍車を掛ける結果となった。このように、①精神科病院内での過度の行動制限、②医療内容に対する第三者機関による審査機能の不在、③地域社会からの隔絶による密室化、④医療スタッフの人員不足

¹⁴ 2000 年の医療法改正によって精神科特例は廃止されたが、総合病院や大学病院以外の精神病床は 2006 年まで経過措置が取られた。

による劣悪な待遇，などの理由によって，1970年代以降，医療スタッフによる入院患者への不当な人権侵害や，暴行などの不祥事が全国的に続発した（戸塚 1984；大熊 1985，1987；安井 1986；石川 1990）．

このような精神科医療状況は，1984年に起きた一民間精神病院による入院患者へのリンチ殺人事件を機に大きく変貌する．この事件に象徴されるような，日本の精神医療の権利擁護の不備と入院制度の欠陥を，国際社会から厳しく指摘されたことを受けて，1987年に精神衛生法から精神保健福祉法へと大規模な法改正が行なわれた．この改正によって，それまでの入院患者に対する隔離収容という処遇は，精神障害者の権利擁護と社会復帰の促進へと転換し，社会復帰施設や精神医療審査会などが設置された．以下に，戦後日本での精神障害者をめぐる主要な法施策と出来事を示す（表4）．

表4 精神障害者をめぐる主要な出来事と法制度の変遷

年	出来事
昭和 20	終戦
昭和 25	精神衛生法制定（精神病患者監護法，精神病院法廃止）
昭和 29	全国一斉精神衛生実態調査…精神病床数の極端な不足
昭和 33	精神衛生法一部改正…非営利医療法人による病棟整備拡充に対する国庫補助 厚生省事務次官通知「医療法上の精神病床の特例」…一般病床と精神科病床 における人員配置の差別化
昭和 35	医療金融公庫発足，精神病院設立に優先的に融資…全国の精神病院数の激増
昭和 39	ライシャワー事件…精神障害者によるアメリカ駐日大使刺傷事件
昭和 40	精神衛生法改正…緊急措置入院規定新設，保健所業務の機能強化 全国精神障害者家族会連合会結成
昭和 59	宇都宮病院事件…病院職員による入院患者へのリンチ，殺害事件
昭和 62	精神衛生法改正，精神保健法成立

（出典：高橋 2001「精神障害者福祉の歴史と理念」『改定精神保健福祉セミナー精神保健福祉論』p.81-86
を元に大橋定明が作成）

精神保健福祉法では，精神障害者は医療だけでなく福祉の対象としても位置付けられた．その結果，精神障害者の地域社会への統合と，ノーマライゼーションの実現に向けた取り組みが開始されることになった．しかし一方で，病状が安定しているにもかかわらず，退院先が無いなどの理由によって，精神科病院で入院継続を余儀なくされている「社会的入院者」は，全国で7万人に上るといわれている（精神保健福祉研究会 2000）．

では，長期入院とは一体どの程度の入院期間をいうのであろうか？アメリカ合衆国では，「深刻な精神障害者」とは6ヵ月以上5年以内の入院経験を有する者か，12ヶ月以内での2回以上の入院歴を有する者のうちの1つを満たす者と定義される（Manderscheid & Barrett 1987）．ただし，この定義は1年に2回の短期入院をした症状の活発な患者や，延

べ12ヶ月間を複数回入院した者を含み、その適用の範囲が広い。また慢性患者という場合には、病院あるいはナースィングホームで1年間居住した者を指す。日本の場合は平成10年度の統計によれば、精神科病院入院患者で、その入院期間が5年以上の者は全入院患者の65%を占め、しかも10年以上の入院患者はそのうちの45.7%を占めている。これは合衆国の基準からすれば「きわめて深刻な精神障害者」群であるといえよう。

第2節 社会的入院の発生要因—施設化が入院患者とその家族に与える影響

1. 社会的入院の発生要因

精神科病院は、なぜ社会的入院者を生み出すのであろうか？この問題を考える上で重要な手がかりとなるものが、Institutionalism（インスティテューショナルリズム）と呼ばれる概念である。Goffman（1961）は、精神科病院や刑務所などの厳格で、画一的な規則が支配的な施設への長期収容そのものが、個人アイデンティティの無視と剥奪を通じた個人の無力化の過程であると指摘する。すなわち強権的な施設は、入所者の自己決定や自律性、行為の自由というような人間としての立証行為をかく乱して汚す。この剥奪過程と平行して、所内規則やわずかな賞や特権、罰などによって個人の再編成が行なわれる。これら入所者に対する特権と罰（全制的施設からの開放の可否や一切の特権の停止、心理的虐待、体罰、不愉快な仕事への割り当てなど）は、施設の職員によって与えられるシステム（特権体系）で成り立つとし、これら一連のプロセスをインスティテューショナルリズムと命名した。そして、施設での特権体系と入所者の無力化過程における個々人の対応の仕方として、①状況からの引きこもり：相互行為的出来事への包絡の徹底的な縮減（退行）、②植民地化：施設内で入手できるものから最大限の満足を得ることで、安定的で比較的充実した生活確立、③転向：非の打ち所の無い被収容者の役割の遂行に努め、自己を施設内で常に職員の意のままに一生懸命振舞う者として呈示の3点を挙げた。

一方、施設入所者は施設生活への適応の結果、市民生活に対して一般の人がイメージする以上に大変で大きなものとして認識する。そのため、施設退所に際して生じる不安への対処行動として、施設退所をわざと遅らせるようなヘマをし、あるいは再入所の手続きを行なうなど、全制的施設入所者が社会生活に向かう際の深刻な影響を指摘する。

Burton (1976) は、精神科病院入院患者に統合失調症の後期段階の症状¹⁵と区別すべき状態像として、施設神経症という概念を挙げた。その特徴は、無気力、自発性の欠如、関心（特に、自分とは直接関係のない事象への）喪失、受動的服従であり、時には粗暴で不公平な命令に対しても憤りの感情をまったく表さないというものである。患者は将来に対する関心が無く、将来への実践計画を立てる能力も欠如している。身づくろいや日常習慣を喪失し、没個性で、ものごとはそのまま変わることなく無期限に続くという、諦めきった受け入れの姿勢を示す。このように、精神科病院は入院患者を現実的な場面や事柄から引きこもらせ、自発性の欠如と無気力へと導いて、自分の将来に対する関心や実践計画を立てる能力を無くさせる影響力を持つ。その結果、現実認識を甘くさせて受動的、依存的な傾向を強化し、環境的・状況的なチャレンジに対応する個性やモチベーションを喪失させてしまう（林 1991）。そのような入院患者を計見（1979）は、『きまりきった日常の規則に自動的に従い、病院から供給されるものをひたすら受け入れるだけの生活に慣れ切ってしまう為に自らの意思決定ができなくなっているという印象が強い』（p.78）と指摘し、『自己主張ができない、しつこい外れであり、現実認識が甘く、簡単に他人に依存しようとし、与えられたもので満足してしまうか、満足できない時には過大な期待を抱いて空想的な救済を待ち続ける』（p.80）様子を述べている。

このような長期入院患者の特性について Gerhart (1989) は、10 代から 20 代前半に精神病を発病して精神病院に収容された患者たちが精神病院で成長し、そこで生活上必要な全ての基本的ニーズの提供を受け、考え方と行動を形成する過程で、施設内でできるだけ快適で苦痛の無いように生き残るために、施設の規則とスタッフの期待に服従することを学習した結果である、と指摘した。すなわち、トラブルを起こすのではなく、精神病院が提供してくれる最良のものを探し出すため、そして自分達にとって不快なことを避けるために規則に従うことを学習したのである。この結果、入所者のアイデンティティは、自己と同身分の者達との画一的で変化の無い、決まりきった集団生活の中で縮小する。そして過度に依存的となり、規則に自動的に従って施設から供給されるものを受け入れ、受動的で自己決定のできない、施設に過剰に適応した状態となる。この状態は、地域社会で生活

¹⁵ 統合失調症の陰性症状とよばれるもので、一般的に感情の鈍麻や無気力、周囲への関心の低下、自閉・自発性低下などの精神機能の減衰した状態をいう。

をしていく際には主体性、自己決定性という意思能力や対人関係能力、そして社会生活能力などの点において不利となる。そのため施設退所の局面に際しては不安が高まり、施設での生活を継続するような方向に個人的な力動が働く。これは施設での長期生活によってもたらされた、社会生活をする上で必要な慣習の喪失や、技術の未修得の結果でもある。

入所者に見られるこれらの一般的特徴は、統合失調症における後期症状（陰性症状）とは区別されるものであり、むしろ後期症状を強化する方向に向かう。このような状態に陥った患者が、一般的に社会的入院者と呼ばれる（表5）。

表5 施設の問題と、施設が及ぼす入所者への影響

拘禁性・行動制限の強い施設の問題点	長期間収容された際の入所者への影響
①入所者の個人的歴史、個性、所有物などのアイデンティティに関わる事柄を自動的に削ぎ落とす機能	①' 主体性の喪失により、施設生活を快適にするように自己を変化
②施設内での厳格な規則および職員・入所者間での階級構造と支配性	②' 自分の安全を保ち、不快な場面を避けるため自己主張を回避
③規則違反に対する罰則（体罰ないしは入所者の期待・願望への裏切りや無視などの）	③' 従順で規則を遵守し、施設内で入手できるものから最大限の満足を得ることで安定化を図る
④職員の、入所者に対する褒賞・罰・施設退所の権限	④' 施設内で何らかの役割（職員の代替部分を含む）を見つけ、それを果たすことで恭順を示し、その報酬として僅かな特権を付与
⑤職員の、入所者に対する侮蔑・嘲笑・からかいなどによる精神的・感情的なダメージ	⑤' 現実的な事柄や場面からの引きこもり

（出典：Goffman 1961 “ASYLUMS: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates” pp.17-21, pp.45-55, pp.64-65, p.156, p.175 を元に大橋定明が作成）

2. 精神科病院入院患者の状況

では、長期入院患者自身は、退院の意思や退院の可能性についてどのように考えているのだろうか。猪俣と阪本（1994）は、全国 16 ヶ所の精神科病院に 1 年以上入院する患者 480 名に対するアンケート調査を実施した。その結果、5 年以上入院を続けている患者の約 60%は退院を希望するが、実際に退院できると考えている者はそのうちの約 40%であることを発見した。特に、長期入院に伴って高齢化した患者ほど、「退院できない」あるいは「退院したくない」と考える傾向が高い。一方、「退院可能」と回答した患者の 54.7%が、家族のいる自宅を退院先として挙げ、37.8%は退院後の生活費を家族に期待していたとも報告している。

同じ調査の中で、主治医に対するアンケート結果を分析した井上・戎・山崎（1994）は、条件次第では数ヶ月以内に退院が可能な「社会的入院」者は、調査対象 480 名の 47.2%を占め、その属性は平均年齢が 52.6 歳と中高年に傾き、平均入院回数は 4.3 回であることを

明らかにした。そして、主治医が考える社会的入院者の退院に必要な社会資源としては、グループホームや比較的大規模な福祉保健施設などの集団生活施設が 74.8%，家族のもとへの帰住が 18.6%であったと報告した。その上で、社会的入院患者が調査対象の 16 病院についてのみとはいえ、長期入院患者の約半数をしめている実情から、社会的入院が「施設症」を生み出す温床と成りえること、また患者や主治医は退院先として家族を期待しているが、その家族には長期間入院を続けている精神障害者を受け入れることが困難な状況があるのではないかと推測している。

吉住・稲沢・猪俣その他（1995）は、全国 154 ヲ所の精神科病院に 1 年以上入院している患者を対象に実施したアンケート調査で、40 歳以上の患者が全体の 79.2%，5 年以上の長期入院者は全体の 53%，そして罹病期間が 20 年以上の者は全体の 43.9%との結果を得ている。そして、①罹病期間の長い入院患者の顕著な高齢化と入院期間の長期化、②高齢化・入院長期化に伴い、精神病院以外での生活を志向する意欲の低下と諦めの感情の高まり、③退院を希望する入院患者は、退院先とその扶養を家族に期待する、と患者の実態を報告した。

3. 精神障害者の家族の状況

他方、入院患者の家族の状況について荒井（1988）は、長期入院患者の主たる援助者の 64%が両親で、その平均年齢は 66.4 歳であり、年収が 200 万円未満に満たない世帯が 41%を占めていることから、家族が退院した精神障害者の扶養を担うには年齢的にも収入的にも困難があると指摘する。また、石原（1988）は、親の年齢と精神障害者の入院期間や退院引き取りの態度などとの間に、以下のような関係があると指摘した（表 6）。

表 6 「家族ニーズ調査」¹⁶にみられた精神障害者の家族の特徴

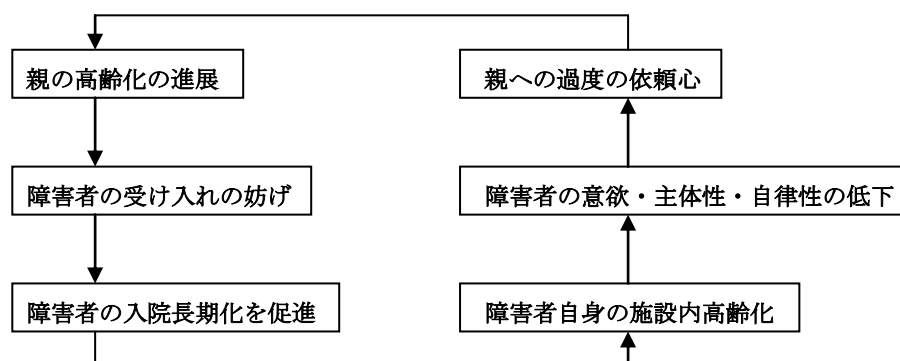
家族の年齢と精神障害者への態度との関係	
親の高齢化と精神障害者の精神病院滞在期間	正比例
親の高齢化と障害者の罹病期間	正比例
親の年齢と障害者のここ 2～3 年の生活場所	高齢化の進展と病院生活とが正比例
親の高齢化と「退院させたくない」意向	正比例
家族の「退院させたくない」意向と長期入院	正比例
親の年齢と障害者の病気への回復期待	反比例
親の年齢と親自身の健康状態	反比例
親の高齢化と障害者を家に引き取る意思	反比例

¹⁶ 全国精神障害者家族会連合会が 1985 年に実施したもので、全国の家族会員から無作為抽出した会員を対象に調査票を送付し、標本対象数 9540（修正回収率 61%）の回答を得た。

(出典：石原 1988「精神障害者と家族の現状」『日本の精神障害者—その生活と家族』 pp.98-100 を元に大橋定明が作成)

すなわち、精神科病院に入院している精神障害者や主治医が退院後の引き取りと扶養を期待する家族は、実際には低収入で扶養が困難であり、期待されている役割を果たすことは難しい。また、精神障害者自身と家族が高齢化するにしたがって退院が困難になるという循環的構造が存在しているのである(図7)。

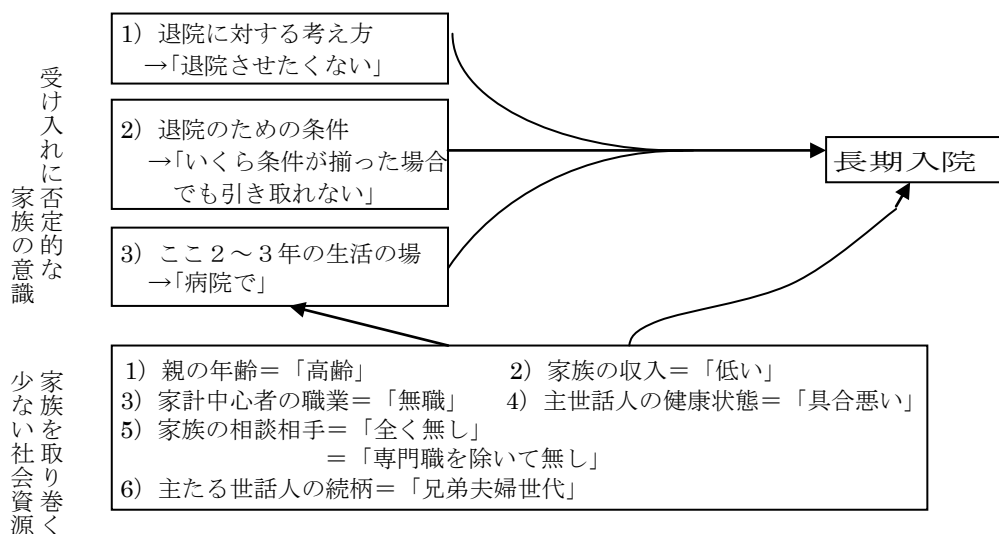
図7. 親の高齢化と長期入院化の循環



(出典：猪俣・阪本(1994)「退院における意思と退院の可能性」 pp.59-67 と、石原 1988「精神障害者と家族の現状」 pp.98-100 を元に大橋定明が作成)

また先の調査では、主な世話人が親から兄弟世代に移行すると、精神障害者を「退院させたくない」との意向が強まることも報告されている(図8)。

図8. 入院期間に及ぼす家族の条件



(出典：石原 1988「精神障害者と家族の現状」 p.97)

結論としては、高齢化のために親世代から兄弟世代に世代交代が進行しつつある家族に、長期入院患者の自宅への自主的な退院の引き取りを期待することは困難である。それは入院の長期化が進めば進むほどその傾向が高まる。そのため長期入院者の退院援助にあたっては、家族による扶養や生活上の世話を期待せず、精神障害者の地域生活を経済的・日常生活的にサポートする体制が必要なのであろう。

第3節 長期入院患者の退院支援に向けた取り組みと今後の課題

1. 長期入院患者の退院促進に向けたこれまでの取り組み

このような長期入院者に対して、1970年代以降一部の精神科医療機関で退院に向けた試行錯誤的な努力が行われてきた。例えば、長期入院患者を病院周辺の民間アパートに積極的に退院させて住ませ、日常生活上の具体的な支援を行なうことを通じて、精神障害者の社会参加と自立的生活を実現する実践などである（柏木 2002）。また1970年には、埼玉県大宮市において民間の施設である「やどかりの里」が、精神障害者の地域生活支援を目的とする活動を開始している。一方行政機関においては、1967年より東京都立精神衛生センターと神奈川県精神衛生センターで、在宅精神障害者を対象とするデイケア活動を開始し、翌年には川崎市と愛知県の保健所で在宅精神障害者のグループ活動が開始された。

以後、幾度かの法改正を経て精神障害者の地域移行が試みられてきた中で、社会的入院者の解消が精神障害者施策上で重要な課題となった。大阪府・大阪市（2002）は、なぜ精神科長期入院者が多いのかを明らかにしようと、精神科在院患者調査で「院内寛解・寛解」群とみなされた1371名について主治医調査を行なっている。その結果、退院阻害要因として、①退院意欲の乏しさ（36%）、②環境変化に対する不安（28%）、③現実認識の乏しさ（26%）の3つを抽出した。

東京都地方精神保健福祉審議会（2003）は、精神科病院の社会的入院解消のためには入院患者の「退院への意欲の引き出し」などの、早期退院に向けた取り組みに着手することが重要と提言している。つまり、病状が改善したにも関わらず患者が病院内に沈殿するのは、患者自身の地域社会に戻ろうとする意欲が低下するためだが、その意欲低下は精神科病院の長期収容にも原因があったと考えられるのである。

大阪府が行なった、長期入院患者の退院促進に向けた具体的取り組みとしては、2000年より実施する精神障害者退院支援促進事業がある。この事業は、大阪府の外郭団体が雇用

する退院支援職員が精神科病院に出向いて、長期入院患者と退院支援契約を取り交わしたうえで、精神障害者小規模通所授産施設やグループホームなどの地域のサービス提供機関に同伴外出して、地域の社会資源やその他の情報提供を行ない、地域で生活している精神障害者の様子を見せることによって、患者に具体的な退院後の生活イメージと退院意欲の促進を図ることを目的とした事業である。

事業の報告によれば、退院支援職員と長期入院患者との同伴外出や、地域の社会資源の紹介、そして、退院後の生活をサポートする保健所や生活支援センターなどとの調整という退院支援のアプローチを行なう中で、患者の退院への不安が軽減され、退院についてのイメージが具体的になり、退院の意欲が促進されたという（大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課 2004）。

2. 西欧先進諸国の精神障害者に対する処遇の歴史—脱施設化への道

ここで、欧米先進諸国における精神者処遇の状況を見てみよう。日本で精神科病院が急増を始めた 1960 年代初頭の時期、アメリカ合衆国では日本の精神科医療施策とは逆に、巨大化した州立精神病院を解体して入院患者を地域社会に戻していく脱施設化の取り組みが強力に行なわれた。

合衆国では、1830 年代に Dorothea Dix の尽力によって 30 ヶ所以上の州立精神病院が設立された。そこは 500 床から 1000 床までの比較的小さな施設で、それまで放置され、あるいは救貧院や刑務所などで収容されていた精神障害者を入院させ、人道的立場に立ってモラル・トリートメントによる治療を行なっていた。しかし、次第に州立精神病院は巨大化し、1930 年代以降の州立精神病院の平均病床数は 1500 床から 3000 床の規模となる。また州立病院・群立病院など公立病院病床数は、1900 年には 100 病院、10 万床だったのが、1955 年には 352 病院、56 万床と、約半世紀の間に飛躍的に拡大した。また、乏しい財源のため施設はバラック化し、施設の立地も安価な土地を求めて郊外に移転した結果、病院も、そこに入院している患者も家族やコミュニティとの関係が疎遠となり、孤立していった（Committee on Psychiatry and the Community 1978）。病院内では、かつての親密で安心できる環境の中で、娯楽や軽作業を通じて自然な回復を目指す治療から、医療内容や医療従事者の経済的待遇の低下とともに患者への無視や怠惰、虐待などが常態化していった（Gerhart 1989）。

このようなアメリカの精神医療状況を大きく変換させたのが、1963 年のケネディ大統領

による「精神病と精神発達遅滞に関する合衆国大統領教書」(Message from the President of the United States “Rehabilitative to Mental Illness and Mental Retardation”) の発布と、巨大精神科病院を解体して入院患者をコミュニティに移動させる脱施設化 (De-institutionalization) 政策である (Committee on Psychiatry and the Community 1978)。ケネディ教書に先だって、『精神病と健康についての合同委員会』は1961年に「精神保健に向けての活動」(Action for Mental Health) という最終報告の中で、州立精神病院の規模を縮小して、余剰の経費を地域社会での精神保健サービスの拡充のために振り分ける方が、精神病院での長期収容によって生じる精神疾患の無能力の強化や、精神病患者の全般的な能力の衰弱を防ぎ、精神病治療にとってより効果的であると報告した。そして精神病患者の地域ケアとしてデイホスピタル、ナイトホスピタル、アフターケアクリニック、一般健康ケアサービス、里親ケア、回復期ナーシングホーム、リハビリテーションセンター、退院患者グループを挙げた。

この報告を受けてケネディ教書は、州立精神病院を『恥ずかしいほどにスタッフの不足した、混雑した不快な施設で、死だけが解放の唯一の確かな希望を与えてくれるところである』と断じ、その上で『監視的な隔離という冷たい思いやりに変わり、地域の関心とその可能性という、開かれた暖かさによる精神病に対する新しいアプローチ…<中略>…予防、治療、リハビリテーションは、患者を拘禁するという漫然とした方法によって代わられるであろう…<中略>…新しい精神衛生プログラムの中心は地域医療である。今日行き渡っている古い型の施設ケアを続けることに資金をそそぐだけでは、事態はほとんど変わりはないであろう』(Committee on Psychiatry and Community 1978 ; p42) と、精神病患者の地域ケア展開に決意を示した。その後合衆国では、州立精神病院に入院している精神病患者の地域への退院と精神科病床の削減が急激に進む (表7)。

表7 アメリカ合衆国の年度入院患者数と実質退院者数の年次推移

年度	入院患者数 (人)	実質退院患者数 (人)
1955	558,922	126,498
1963	504,604	245,745
1970	337,619	386,937
1974	215,573	389,179

(出典：Committee on Psychiatry and Community 1978 “The Chronic Mental Patient in the Community” p.137 を元に大橋定明が作成)

この脱施設化を推進した要因としては、①経済的な力、②理想主義、③法制度の発達、

④向精神薬の発達、の4つのポイントが指摘されている（Gerhart 1989）（表8）。

表8 アメリカ合衆国における脱施設化の4つの力

経済的要素	<p>① 州議会や地方議会からの、新たな人材の確保や老朽化した施設修繕費などにかかる出費を抑制しようとする圧力と、病院で治療するよりも地域でケアする方が出費は少なくて済むという期待。</p> <p>② 脱施設化によって地域に流出した精神病患者を受け入れて、利潤を得ようとするナーシングホームや居住ケアホームを運営する経営者による議会への働きかけ。</p>
理想主義	<p>① 精神科医、ソーシャルワーカー、心理学者、社会学者などによる精神病院などの施設生活の悲惨さと、精神病患者の慢性化の創出と強化の強調、および精神病患者の地域社会での自己決定による生活への理想化。</p> <p>② 官僚の、地域社会による精神病患者への住居やサービス提供への期待。</p>
法制度の発達	<p>① 1968年のカリフォルニア州ランターマン-ペトリス短期法は、精神病患者を不適切で非自発的な民間施設収容から守る目的で制定。手続的な審理によって精神病患者の権利擁護を図る。この類の法は他州においても制定が拡大。</p> <p>② 1972年、補完保障所得法の制定により、地域で生活する精神病患者にも生活扶助金とフードスタンプ（食料購入金券）を支給。精神病患者の在宅生活が可能となり退院を一層促進化。</p>
向精神薬の発達	1950年代初めに発明された向精神薬の効き目と簡便さは精神病の改善と精神病院の多くの問題を解決し、脱施設化推進の大きな要因となる。

（出典：Gerhart 1989 “Caring for the Chronic Mentally Ill” pp.8-11 を元に大橋定明が作成）

このように合衆国では、20年間に40万人という大量の長期入院患者が精神科病院から地域社会に流出した。退院した精神病患者のうち高齢化した者はナーシングホームへ、若年の者で受け入れ先の家族がある者は家族のもとに、家族が受け入れできない者や、単身者はハーフウェイハウスや居住ケアハウスに入所するか、あるいは独居した。

しかしその一方で、コミュニティでの精神保健福祉サービスの整備が不十分で、精神障害者自身がサービスにアクセスすることも困難であったため、多くの精神障害者がホームレス化し、あるいは精神科病院への入退院を繰り返す回転ドア現象が生じた。Jainks (1995) は、脱施設化が始まる直前の1955年から、ほぼピークを終了する1975年の間、精神病患者のホームレス人口の増加はほとんど見られなかったが、1987年に実施されたアメリカの大都市におけるホームレス調査では、ホームレスの22%が過去に精神科病院の入院歴があり、同様に1981年から1988年にかけての合衆国の全ローカル調査では、ホームレス人口の24%が精神科病院入院経験を持ち、ホームレスの33%が現在精神病であるとの診断をされていたと報告している。

また Right (1993) は、①ホームレスになる原因は精神障害、麻薬中毒、アルコール依存などであり、それは住宅問題としての脱施設化政策の失敗に起因していること、②女性のホームレスで、ショッピングバッグの中に衣類や日常生活品を入れて持ち歩くことから

バッグレディ (Bag Lady) と呼ばれる人達の 3 分の 1 が、精神病院の脱施設化政策によって生じたこと、③シカゴ市での調査の結果、ホームレスの 4 人に 1 人が精神病か、循環器・消化器障害を有しており、ホームレスの 34% は精神障害での入院歴がある、と報告した。その上で、精神科病院には、地域に家族やケア提供者のいない精神病患者が入院していたのであって、脱施設化は一部の障害者にとっては失敗であり、地域社会に根をおろした精神医療が必要であったと結論付けている。

Bachrach (1994) はホームレスの精神病患者を、恒常的にホームレスの生活をする“ストリートピープル”の群と、時々路上生活に陥る“時たまのホームレス”の群とに分類した。そして、“ストリートピープル”は、統合失調症の診断を受けた者や薬物乱用者、精神科病院の入院歴を持つ者や持たない者など、多様な精神病患者で構成されるが、“時たまのホームレス”は、若年者で人格障害、感情障害、薬物乱用などの診断を受けた者が中心であり、その特徴は定住と非定住を交互に繰り返し、多様な保健福祉サービスを利用することであり、救急医療や入院サービスの利用が多く、日中の外来や宿泊サービスも利用する常連者であると規定した。その上で、精神病院などへの回転ドア患者や扱いにくい患者、治療抵抗患者、慢性危機患者、若年慢性精神病患者 (Young Adult Chronic) は、ホームレス精神病患者と重複していると指摘する。そしてホームレス精神病患者に対する医療やケアについては、ホームレス患者の地理的な移動が障壁になっており、その移動が、彼らにとっての治療や施設入所への回避手段になっているとして、「歴史的に、地域精神保健運動を支えてきた主要な哲学の一つは、定められた地理的限定内での慢性精神疾患患者に対する固定的な責任性を内包していたのである」(Bachrach 1994 ; p172) と、ホームレス患者の処遇困難性と問題性を述べている。

そのため、合衆国ではこの深刻な事態に対処する方法として、コミュニティサービスのコーディネート機能であるケースマネジメントシステムを導入し、包括的なサービス提供システムを築くことによって、精神障害者の地域社会への統合を図る努力を行なうこととなる (Cox 1978; U.S.DHHS 1980; Stein&Test 1980; Solomon, Davis et al. 1984; Goering, Wasylenki et al. 1988; Bellack 1989; Robinson 1990; Anthony, Cohen, Farkas, et al. 2000)。

3. 慢性精神障害者処遇の新たな政策的動向

日本の精神科医療は、先進欧米諸国と比べて精神科病床数と入院日数が極めて多く、全

入院者の半数近くが、5年以上の長期入院者で占められることが特徴として挙げられる（精神保健福祉研究会 2000）。

この状況に対して森山・ト部・岡・その他（1991）は、厚生科学研究（精神保健医療研究事業）において、当時の精神科病院入院患者 35 万人のうち、社会的入院者約 7 万人について、地域ケアを充実させることによって退院を促進することを提案した。併せて、全国 36 万床の精神科病床のうちの 9 万床を削減して、その約半数を精神科デイケアに転化しよう提言した。

1995 年に策定された「障害者プラン～ノーマライゼーション 7 ヶ年戦略」では、精神障害者に対する 2002 年度を目処とする施設整備目標として、生活訓練施設やグループホームなどの入所型（住居提供型）施設と、精神科デイケアや通所授産施設など地域リハビリテーション施設の整備割合を高くしている（表 9）。

表 9 平成 14 年度 社会復帰施設設置目標

社 会 復 帰 施 設		
施 設	ヶ所（人分）	備 考
生活訓練施設（援護療）	300 ヶ所 （6000 人分）	障害福祉圏域に概ね 1 ヶ所
ショートステイ施設	100 ヶ所 （150 人分）	生活訓練施設の 3 分の 1 に併設
福祉ホーム	300 ヶ所 （3000 人分）	障害福祉圏域に概ね 1 ヶ所
通所授産施設	300 ヶ所 （6000 人分）	障害福祉圏域に概ね 1 ヶ所
入所授産施設	100 ヶ所 （3000 人分）	通所授産施設の 3 分の 1 程度
福祉工場	59 ヶ所 （1770 人分）	都道府県・指定都市に 1 ヶ所
地域生活支援センター	650 ヶ所	障害福祉圏域に概ね 2 ヶ所
社 会 復 帰 促 進 事 業		
グループホーム（地域生活援助事業）	920 ヶ所 （5060 人分）	障害福祉圏域に 3 ヶ所程度
通院患者リハビリテーション（社会適応訓練事業）	3,300 ヶ所（5280 人分）	障害福祉圏域に概ね 10 ヶ所
医 療 施 設		
精神科デイケア施設	1000 ヶ所	障害福祉圏域に概ね 3 ヶ所

（出典：精神保健福祉研究会 2000『我が国の精神保健福祉（平成 12 年度版）』p.97 を元到大橋定明が作成

このプランの意図が、社会的入院者を退院させるための地域に受け皿作りと、地域生活維持に必要な地域リハビリテーション機能の創出にあることは明らかであろう。そして、社会的入院者を退院させて、彼らの地域社会での生活・福祉・医療ニーズを充足し、再発や再入院を防ぐ手法として導入されようとしているのが精神障害者ケアマネジメントである。

ケアマネジメントは精神障害者のニーズに合わせて多種多様なサービスを提供するシステムであり（古屋 2001）、ケースに応じたケアサービスをリンクさせ、ケアを継続させる

ことによって、利用者がより満足できる生活を獲得することを目的とする（門屋 2001）。

ケアマネジメントの適切な運用のために、精神障害者ケアガイドラインでは、①ノーマライゼーションの理念、②利用者中心のケアサービスの提供、③精神障害者の自立と、より高い生活実現への支援、④人権及び自己決定の尊重、⑤社会的理解の促進、の5点を理念として示した（高橋 1999）。そこでは利用者の個別性を重視し、生活者として障害者を捉え（生活の質・QOLの重視）、利用者自身が問題解決能力を高め、利用者のニーズと自己決定を中心に、利用者の自立を目指した援助の方向性を強調する（小澤 1999）。

精神障害者に対する包括的ケアマネジメントとは、チーム医療とチームケアによって利用者に対して積極的なアウトリーチや危機介入、生活支援や就労支援などを行ない、重症の精神障害者とその家族を地域で支えることを目的としたプログラムである（木村 2001）。欧米を中心とした先行研究によれば、この包括的ケアマネジメントプログラムは、症状を軽減させて障害者の自己評価や社会生活機能を高め、生活の質を改善し、家族やコミュニティに対する負担を軽減させる（Rubin 1987 ; Test & Knoedler et al. 1991）。そして、再入院を大幅に減らし、精神障害者を地域生活に適応させることが明らかになっている（Stein & Test 1980 ; Dincin & Witheridge 1982 ; Goering, Wasylenki, Farkas et al. 1988）。

しかし反面、これまでの研究では長期入院患者の退院意欲の乏しさや環境変化への不安、乏しい現実認識などをどのように取り扱うのかについての検討が不十分と思われる。とりわけ、退院援助を中心的に担うべき精神科医療機関に所属するソーシャルワーカーたちが、これらの退院阻害要因を日常のソーシャルワーク業務の中で克服していくための実践的方法については、論議が進んでいないのが現状である。障害者プランの達成や精神障害者ケアマネジメントの実効性を担保するためには、長期入院者の退院に向けたソーシャルワーク援助の在り方に関する研究を深めることが必要と考える。

第3章 精神科病院長期入院患者の退院援助に関する実証的研究—社会的入院の解消のために

はじめに

本章の目的は、長期入院患者の退院援助における実践的方法を、精神科医療機関での職務経験を持つソーシャルワーカーたちの豊富な経験則の中から導き出すことにある。すなわち、彼らがクライアントのどのような側面に着目し、どのような援助計画を立てようとするのか、例えば、退院援助の際の着目点は病状であるのか、クライアントの思考や感情の部分なのか、あるいはクライアントの家族の状況なのか、そして、どのようにしてクライアントとの関係を形成していくのかなどを分析することによって、実践家たちに共通する理論的枠組みや実践的方法の特長を整理する。それによって、長期入院患者の退院援助に対する効果的なソーシャルワーク実践のスタンダードモデルについての示唆を得ることを目指している。

前章でも触れたように、長期入院患者の退院援助を主に担ってきたソーシャルワーカー達は、自己決定や共感、受容などのソーシャルワーク援助の原理・原則を基盤に、社会福祉実践で得た経験と知識を加え、長期入院患者の退院のために何が必要なのか、そして彼らは退院後、どのような生活を送ることができるのかを十分に吟味できるアセスメントを行ない、それに基づいて援助プランを作成して実行した。その際に、既存のサポートシステムが不在か、あるいは不十分な場合は、必要なサポートシステムを作り出して長期入院患者の退院を実現していった（柏木 2002）。

1997年の精神保健福祉士法制定によって精神科ソーシャルワーカーの数は急増したものの、実践経験がいまだ乏しい彼らが、これらのソーシャルワーク援助プロセスに乗っ取った援助実践を行なうことは可能であろうか？実践家のあいだでは、事例検討や事例研究、スーパービジョンという形で、実践力を高めるための方法がとられている。この方法は、ソーシャルワーク教育の中でも高く評価されているが（中島 1975；小松・荒川・田戸 1980；小松・根本 1981；白石 1988）、事例研究では、そこで語られる事例の特性が多様であるため、経験の浅い実践家にとっては、応用可能な知識や、技術の共通基盤に気付くことが難しい。

栄ら（2004）によれば、精神科医療機関や公衆衛生の領域で業務を行なう 818 名の精神科ソーシャルワーカーを対象に、①クライアントの理解に関する活動、②情報収集に関する

る活動、③援助計画の立案に関する活動、の3領域・41項目に関するアセスメント実施の有無を問う量的調査を行なった結果、いずれのアセスメント領域においてもソーシャルワーク経験を10年以上有している者の方が経験5年未満の者よりも活動頻度が有意に高かったと報告する。この結果からも、経験豊かなソーシャルワーカーの仕事から学ぶべきものがあることがわかる。

そこで本研究では、一定の経験を積んだ精神科ソーシャルワーカーたちによる、退院援助に関する実践の整理を行なうことによってその特徴点を明らかにする。

第1節 退院援助アプローチの実証研究—インタビュー調査の結果

1. 研究の方法

研究の方法は、複数のベテランソーシャルワーカーに対して精神科病院長期入院に対する退院援助の方法や視点、その際に重視する点などを知るために面接を行ない、面接で得られた内容を分析することによって、共通する援助上の枠組みを見出すというものである。

研究の対象者は、近畿地方における商業の中心地といわれるA県の精神保健福祉士協会に加盟し、精神科病院その他の施設で社会福祉援助を行なっている、経験年数が概ね10年以上のソーシャルワーカーである。対象者を概ね10年以上の経験者とした理由は、先に述べたとおり、経験年数の違いがクライアントの評価や援助の視点、援助の方向性に違いを持たせている可能性を考慮して、本研究が目的とする、退院援助に向けたソーシャルワーク援助の方法論的妥当性を汎化させる上で、10年以上の経験を有するという条件が適当と判断したからである。

この基準に従って会員名簿から8名の対象者を選び、それぞれに電話で調査の目的を伝え、研究目的以外にインタビュー内容を用いないこと、匿名性を守ることを確認し、了解を得た。

1. 1 面接の手順

面接調査は非構造化面接を実施した。面接に先立って、ソーシャルワーカー達には前もって筆者の作成したA4用紙2ページにわたる長期入院患者の事例を郵送しておいた。依頼文には、「貴方がこのケースの担当者だとしたらどのように援助するのか、聞かせていただきたいのでお願いします。」と記載した。そして、一通り目を通してもらった上で、約束し

た日時に筆者が被調査者達の勤務先を訪問して、「あなたがこのケースの担当者だとしたらどのように援助するのか、聞かせて下さい」という導入の質問だけを行ない、後は自由に語ってもらった。その際、面接相手の語る内容で不明瞭な部分については、筆者より内容確認の問いかけを行った。面接調査は 2002 年 10 月 16 日から同年 11 月 20 日の間に行なった。面接所要時間は、1 人につき、おおむね 1 時間半から 2 時間の間であった。面接内容は筆記によって記録した。

そして、面接調査によって明らかになった質的データにもとづいてカテゴリー化を行い、経験年数の長いソーシャルワーカーたちの、退院援助上の共通基盤を整理することを目指した。この研究方法は、Rothman らがソーシャルワーカーの自己決定尊重の判断基準に関する研究で用いたものと同様の質的な研究方法である (Rothman, Smith, Nakashima et al. 1996)。

1. 2 事例

今回の調査に用いた事例は、筆者が以前に勤務していた精神科病院で担当したケースを元としているが、守秘義務の関係から大半はフィクションである。事例は 50 歳の男性で、結婚後に統合失調症を発症し、初回入院の後に病状安定により退院したが、通院と服薬の中断のため再発して精神症状が活発となり、2 回目の入院に至った患者である (巻末資料 ①)。

再入院後は職業を喪失し、家族とも離別して帰住先も無くなるが、患者自身は不規則な服薬態度によって病状が不安定で、ときに医療スタッフや他の患者に対して攻撃的な言動を示す。また、地域社会での生活に対する意欲が低下し、統合失調症を罹患したことに対する自己否定的・自己卑下的な感情が強く、そのため退院への働きかけに応じることに消極的である。また、親族からの退院受け入れの拒否もあって、結果的に入院期間が 11 年間に及んでしまったというものである。このようなケースは、精神病院内でよく見かける、統合失調症の「さほど能力的にも人格的にもレベルは低下していないが、意欲や自発性の低下が目立ち、自分の将来に対する見通しが曖昧で、生活内容の全般を他者に頼っており、その中で自分なりの楽しみを見つねながらの入院生活が数年に及んでしまっている」人達を意識して作成してある。インタビューにおいては、被調査者たちに、今回使用した事例の実際の担当者となった場合を想定して回答を得た。被調査者からは、事例の整合性に対する問題の指摘や、妥当性への疑問は出なかったので、事例の妥当性を支持すると判断し

た。

1. 3 面接の質問内容

インタビューは非構造化面接で行なった。面接の質問内容は、上述したように「送付した事例を担当したとしたら、どのようにするか？」という開かれた質問を、被調査者にたずねることから始めた。分析の方法としては、カテゴリー化法を採用した。

インタビューの中では、被調査者から筆者に対して事例についての質問（ケースの病状や、医療スタッフや他の患者たちとの関係、治療に対する態度、家族関係など）があり、また、筆者のほうからは、被調査者が語る内容に対して、その意味の確認を行なった。たとえば、洞察などという専門用語が用いられたときには、その意味するところを更にたずねた。このようにして、被調査者から事例に対するソーシャルワーカーとしてのアプローチのアイデアを直接聞き取り、記述記録をおこなった。

インタビューの内容分析に入る前に、調査に関わっていない臨床経験 10 年以上の研究者との読み込みによって、被調査者たちが事例に対して述べた内容が A. アセスメント、B. ソーシャルワーカーの関わりの仕方、C. クライアントへの援助プランニング、D. 退院援助を進める際に重視するその他のポイント、の 4 項目に大分類できることを確認した。最初の 3 つの項目は、筆者の研究目的である経験のあるソーシャルワーカーの行なう退院援助アプローチの特性を理解する上で必要不可欠であり、かつ、ソーシャルワーク実践の基本となるものである（Johnson & Yanca 2004 ; Hepworth & Larsen 1993）。その後、分類した各々の項目で語られた内容のカテゴリー化を前述の 2 名で行なった。その際、各カテゴリー化に関しては、ソーシャルワークの主要テキストからカテゴリーを作成し、それぞれのカテゴリーの定義をした。この定義に基づいて、上述した 4 つの項目ごとにカテゴリー化し、それに基づいて内容分析を行なった。

2. 結果

2. 1 被調査者の属性

今回の調査でインタビューを行った、8 人のソーシャルワーカーのプロフィールと所属機関の概要を表 10 で示す。

経験年数は、10 年前後が 3 人、15 年の者が 2 人、20 年以上が 3 人という分布になった。また所属は、全員が民間立の精神科医療機関か、あるいはそれに付設する通所デイケア施設や社会復帰施設であった。そして最終学歴では、社会学部の 1 人を除いた全員が社会福

祉学を専攻していた。

表 10. 被調査者の基本属性 (N=8)

項目	実数
性別	男性 : 3, 女性 : 5
年齢	30代 : 5, 40代 : 2, 50代 : 1
経験年数	9年～26年 (平均 16.4年) (内訳) 9～10年 : 3, 15年 : 2, 22～26年 : 3
所属機関の タイプ	公立設置機関 : 0 私立設置機関 : 8 入院ユニット : 6, デイケアユニット : 2
最終学歴	社会学部・社会福祉学部卒 : 7, 社会福祉学研究科修了 : 1

2. 2 カテゴリーの内容

2. 2. 1 アセスメント

被調査者達はアセスメントのプロセスについて、クライアントと彼らを取り巻く環境や対人関係、疾病などとの相互作用と、それに起因する心理的影響や社会的問題、クライアントの感情特性や思考傾向などについて、仮説化する作業であると指摘した。そして、この仮説は援助計画を立てる上での基礎となるが固定的ではなく、援助課程におけるクライアントの感情や状況の変化によって再評価され、それに応じて援助計画は柔軟に修正されると述べた。

ジェネラリストソーシャルワークにおけるアセスメントプロセスでは、クライアントのニーズや関心に関する情報と共に、クライアントを取り巻く状況についてのクライアント自身の認知と感情についての情報収集と、その分析に焦点を当てる。この作業は、“状況の中の人”としてクライアントを理解すると同時に、援助のプランニングや援助介入という、援助活動そのものの基盤を提供する。アセスメント情報は、クライアントとの面接や、クライアントの行動および生活状況の観察などから得られるが、アセスメントそのものはクライアントの主体的な参加と、援助者との相互的な関わりのプロセスでもある。そしてアセスメントは、援助課程全体を通じてフィードバックと評価という作業によって繰り返し実施される (Johnson & Yanca 2004)。

アセスメントの際のポイントは多様で、太田と秋山 (1999) が指摘した 5 ポイント、①エコシステムの視点¹⁷、②生活モデルの強調¹⁸、③クライアントの意思の尊重と自己決定、

¹⁷ 個人と環境との相互作用によってニーズが生じるのであり、そのニーズが満たされた場合は個人と環境とが調和するが、満たされない場合は不適合を生じるので、ソーシャルワーク援助は個人と環境の双方に働きかけて両者の調和を目指すとする視点である。

¹⁸ 個人の問題や病理性を焦点化する医学モデルに対して、生活モデルは個人の生活状況や環境との相互関連性を全体的に把握するモデルである。

④ストレングス（Strength）の視点とエンパワメント（Empowerment）¹⁹、⑤援助者とクライアントのエンゲージメント、のほか、長（1999）が示したアセスメントの4つの枠組み、①クライアントニーズの基本となる「本人の希望」、②自立生活能力や緊急時の対応、配慮が必要な社会行動などにおける「ケア必要度」、③クライアントの社会機能に影響を与える「環境条件」、④日常生活や社会生活上での「社会的不利尺度」、などがある。

本文では、アセスメントカテゴリーを分類するにあたって、Kemp と Whittaker その他（2000）や渡部（2002）が、その著書のなかで取り上げている Hepworth と Larsen（1993）によるアセスメントポイントの準拠枠を、より汎用性が高いと判断して用いた。それは、①関心のある問題、②クライアントおよび重要な他者の対処能力、③関心のある問題に関連するシステムと、クライアントとそれらのシステムとの互酬的な相互作用の性質、④関心のある問題を改善するために利用可能な、若しくは必要とされる資源、⑤関心のある問題に取り組むことへのクライアントの動機づけ、の5項目から成る。これらを大カテゴリーとして扱い、それぞれに含まれた項目をさらに小カテゴリーに分類して、おのおのの回答数を示した。なお、大カテゴリー①の「関心のある問題」は、臨床家にとってより理解しやすく、一般にもわかりやすい「問題の特徴」と表記を変更して使用した。

これら5項目を用いて、被調査者がアセスメントに関して述べた内容を分類した結果、被調査者たちの語った内容が、5項目中4項目に当てはまった。そこで、この4カテゴリーに定義を与え、回答内容をさらに小カテゴリーに分類し、回答者数を示したのが表11である。

表 11. アセスメントの大カテゴリー、定義、小カテゴリーと回答者数（n=8）

大カテゴリー	定義	小カテゴリーと回答数（nは延べ回答者数）
①問題の特徴	退院を困難にしている、個々のクライアントに特有の、援助上の課題	i 施設以外での生活のイメージの難しさや不安（n=4） ii 自己否定的な感情（n=3） iii 家族や医療スタッフへのネガティブな感情（n=1） iv 病気・障害に対する否認（n=1） v 経済的不安（n=1）
②クライアントおよび重要な他者の問題対処の力	クライアントが問題に取り組み、解決を図っていく上での原動力、及び、クライアントの原動力を補強し、励ます人的資源	i 潜在的な力（Strength）としての社会生活経験と生活技術（n=4）
③問題に関連するシステムと、クライアント	クライアントと、クライアントの固有の問題に影響を与える	i 家族の、クライアントの退院に対する不安（n=3） ii クライアントの、家族や社会からの孤立感情（n=2）

¹⁹ あらゆる個人、グループ、コミュニティはストレングスを持っており、クライアントがそのストレングスを用いてニーズを達成できるような援助を行なうことが、クライアント自身のエンパワメントにつながるという考え方である。

との互酬的な交互作用の性質	環境要因との相互作用の特性と、正負の方向性	iii 医療スタッフからの疎外感情 (n=1)
④問題を改善するために利用可能な、もしくは必要とされる資源	問題の解決にとって有効で、クライアントが利用可能な医学的・社会的・人的資源の内容とそれらを提供するシステム	i 物的・道具的資源（グループホーム、作業所、デイケア、社会復帰施設, n=5) ii 人的・情緒的資源（インフォーマルサポート, n=4) iii 情動的資源（地域生活支援情報の提供, n=2)
⑤問題に取り組むクライアントの動機づけ	問題解決に向けた行動と、その行動を持続させる、思考、感情、意欲などの内的要素	(n=0)

(大橋定明 2009 作成)

①問題の特徴に対する回答は 10 件が挙げられた。うち 4 件は、クライアントが地域社会での生活イメージを低下させ、地域で生活を送ることへの不安が長期入院を促進させていると評価していた。また 3 件は、長期入院化の主要な原因として、クライアント自身の自己否定的な感情を挙げている。つまり、精神病を病んで入院しているという事実や、そのプロセスで家族と離別し、職業を喪失したという体験がクライアントの劣等感と自己卑下を強め、一方で将来の可能性や、クライアントが本来持っている力への期待を後退させてしまったことが、長期入院を引き起こしている要因であると考えていた。

②クライアントおよび重要な他者の問題対処の力について言及したのは 4 件であった。回答では、クライアントが入院前に有していた職業経験や結婚体験など、クライアントが潜在的に持つ、社会的に機能していく上での力（Strength）に焦点を当てている。

③問題に関連するシステムと、クライアントとの互酬的な交互作用の性質については 6 件の回答が挙げられた。そのうちで、クライアントの退院に対する家族の不安を指摘した者が 3 件、家族や社会からのクライアントの孤立感情を指摘した者が 2 件、そして、医療スタッフからの疎外感が 1 件であった。

④問題を改善するために利用可能な資源に対する回答者の指摘では、資源のタイプは 3 種類に分けられた。1 つは、デイケアや作業所といった、フォーマルサポートとして福祉援助サービスの提供を行なう制度的・道具的資源であった。もう 1 つは、仲間作りや対人交流の拡大といった、物的・道具的資源の利用によって得られるインフォーマルサポート、すなわち人的・情緒的資源であった。そして 3 つ目は、これらの資源を通じてクライアントに提供される、地域社会での精神障害者の生活の支援に関する情動的資源だった。

回答では、物的・道具的資源や人的・情緒的資源に関しては複数を挙げる者もいれば、いずれか 1 つを挙げる者もいたので、カテゴリー化に際しては、物的資源と人的資源の両

方を述べた回答は1つにカウントした。その結果、計11件の回答が得られた。

⑤問題に取り組むことへのクライアントの動機付けに該当する回答はなかった。

2. 2. 2 ソーシャルワーカーの関わり方

ジェネラリストソーシャルワークにおけるソーシャルワーカーの機能は、クライアントと、クライアントの状況を取り巻く諸要素や制度、資源などの環境システムとの相互作用の適正化を指向することである。その援助プロセスは、クライアントの主体的な参加のもとにソーシャルワーカーとの共同作業によって進捗する必要がある。その際、両者のパートナーシップが形成される上で、欠かすことのできないものが信頼関係である。アセスメント情報の多くは、クライアントとソーシャルワーカーとの面接の場面で得られるが、両者の信頼関係も、面接の際のクライアントに対する深い共感や受容、非審判的態度などのソーシャルワーカーの態度や、クライアントに向けた理解の表明をしつつ、クライアントの抱える問題の焦点化や問題の細分化を両者が共に行うことによって形成される（太田・秋山 1999）。

本研究でのインタビューにおいても、被調査者たちはクライアントとの信頼関係の形成と援助的な介入という、ソーシャルワーカーの関わり方を語っていた。ある被調査者は、クライアントとの信頼関係を、ソーシャルワーク援助の維持と遂行そのものを可能にする要素として極めて重要視していた。また、他の者は、この関係性を援助者とクライアントの二者間だけでなく、クライアントを取り巻く関係者や、同じ障害を持つ仲間とも拡大していくことも重要であると語った。そこで、被調査者たちが述べたこれらの部分に着目し、その要素を抽出した結果、①クライアントの感情と問題の明確化、②クライアントによる“状況”と自己の感情に対する客観化と洞察、③問題の明確化、④現実検討、⑤動機付け、⑥クライアントによる自己の感情の意識化と言語化、⑦心理的サポート、⑧心理的介入と対決、⑨クライアントの感情の浄化と換気の9項目にカテゴリー化することができた。

分類に際して用いた用語は、被調査者とのインタビューのなかで、筆者と被調査者とで用語の使用意図を確認したものである。そして、それぞれの項目が意味する内容については、複数の被調査者たちの語った事柄を筆者が定義化した。表12が回答をカテゴリー化し、回答件数を示したものである。表では、回答数の多かった項目を上位に置いた。

アセスメントで使用した5つのカテゴリーは、さらに小カテゴリーに分類することでわかりやすくなるため、大カテゴリーと小カテゴリーの両方の件数を示した。しかしソーシ

サルワーカーとの関わり方、援助プランニング、退院援助を進める際に重視するその他のポイント、に関しては、大カテゴリーの定義がアセスメントの大カテゴリーに比べて明確であるため、大カテゴリーの件数を示すに留める。

表 12 から明らかなように、8名の被調査者全員が、①クライアントの感情と問題の共有化を重要視していた。次いで、それぞれ7件の回答が、②状況と感情の客観化と洞察、③問題の明確化、④現実検討の3つのカテゴリーで見られた。また、⑤動機づけには6件の回答があり、アセスメントカテゴリーでの「動機づけ」では0回答であったのとは比べると対照的な結果となった。以下、⑥自己の感情の意識化と言語化、⑦心理的サポートの回答が4件、⑧心理的介入と対決が3件、⑨感情の浄化と換気が2件であった。

表 12. ソーシャルワーカーの関わり方のカテゴリー、定義、回答者数 (n=8)

カテゴリー	定義	回答数 (n は延べ人数)
①クライアントの感情と問題の共有化	クライアントの疾病体験に起因する挫折や傷つき、将来への不安などの諸感情と、今後解決すべき問題とを共有すること（例：怒りや挫折感を受け入れる）。	n=8
②クライアントによる“状況”と自己の感情に対する客観化と洞察	クライアントが自分の感情や現在の生活状況を批評し、従来の認知の仕方を再構成して、将来の見通しや今後の希望などに対する探索を行なうことを通じて、受動から能動、客体から主体へと自己を変化させていくこと（例：障害の受容、治療への合意、自己の思考傾向や行動特性の把握）。	n=7
③問題の明確化	洞察によって得られたクライアントのニーズや問題点、課題を援助者と一緒に確認し、具体的にした上で、両者で共有する作業であり、クライアントによる問題解決に向けた行動の指針となるもの。	n=7
④現実検討	ニーズ実現に向けた問題の解決や、課題の達成の可能性があるかどうかについて検討を行なう（例：遠大で、その実現に多大な時間と労力を要する課題は除き、クライアントが実現可能な課題に絞り込む）。	n=7
⑤動機づけ	明らかになった問題や課題について、クライアント自身がその解決や達成に向けて取り組む感情や意欲のこと。	n=6
⑥クライアントによる自己の感情の意識化と言語化	クライアントが自分の感情に意識を向け、それを言葉にして表現することで、クライアントにとって漠然としている“状況”を現実的なものにすること（例：自分を取り巻く環境への注目、疾病や障害についての認識）。	n=4
⑦心理的サポート	クライアントが問題に取り組む意欲を高め、問題の解決に取り組むプロセスを励ます（例：一貫した心理的サポート、サポートティブな関係作り）。	n=4
⑧心理的介入と対決	援助行為に対してクライアントの拒否や否認が生じた場合に、行動変容と問題解決に向けたポジティブな動機付けのために、援助者が意図的にクライアントの心理的内面に介入して強力な方向付けを行なうこと。	n=3
⑨クライアントの感情の浄化と換気	クライアントの持っている感情を表現することを手伝う（例：外的環境に対する攻撃性や極端な依存性の表現、内的には極端な自己卑下または自己破壊的な諸感情）。	n=2

(大橋定明 2009 作成)

2. 2. 3 援助プランニング

プランニングはアセスメントを土台として、そのアセスメント内容を望ましい結果を示した目標設定に移行することであり、目標達成への手段を明らかにすることである (Johnson & Yanca 2004)。プランニングにあたってはクライアントの参加が基本的な条件となるが、その際にはクライアント自身が状況を把握して問題を認識し、問題解決に向けた主体的、自発的な指向性が重要な要素となる。問題解決を具体的に行なっていくための目標はクライアントとの合意の上のもので、しかも実行可能なものである必要がある。そして、その目標を達成するための具体的な活動計画の立案と実施にあたっては、クライアントの強さや力に焦点がおかれ、クライアントと援助者とが共同して進捗状況を確認して成果を共有し、必要に応じて活動の軌道修正と、新たな活動戦略の検討が行われる。

このプロセスでの中心的な課題は、クライアントが主体的に問題解決を行なっていくことで得られる自信の回復であり、強さや力の自覚と回復である。援助者は、プロセスを通じて一貫した問題解決に向けての支持や保障と、クライアントの問題解決に向けた意欲の向上への支援を行なわなければならない (太田・秋山 1999)。

本調査においても幾人かの被調査者から、援助計画が入院から退院後の生活にまで及ぶ、俯瞰的な視点と見通しを持って立案される必要があり、援助行為は、そのクライアントへの影響と、援助プロセス全体の中での位置付けが、援助者によって明確に理解されていなければならないとの指摘があった。そこで、このようなプランニングプロセスの視点を踏まえ、被調査者に対するインタビューの結果で援助プランニングに関係するポイントとして考えられるものを抽出したところ、表 13 のように 5 項目のカテゴリーに分類された。

表 13. 援助プランニングのカテゴリー、定義、回答数 (n=8)

カテゴリー	定義	回答数 (nは延べ人数)
①情報提供	入院中のクライアントに地域の社会資源の情報を提供することで、クライアントの地域生活のイメージを具体的にすること (例: 他のメンバーの地域社会での暮らし振り、地域での生活の場所と活動場面)。	n=7
②体験とソーシャルサポート	クライアントが入院生活で喪失した、他者への信頼の感情や自己と他者の力の存在への認識、他者との関係の取り結び、自分に関わる事柄の決定などができる機会を提供され、その機会を通じて他者とサポートティブな関係をつくること (例: 内的感情が吐露でき、それに対して批判されないという体験、問題解決や課題達成の体験、地域のリハビリテーション事業所や居住施設の試験的な利用の体験、金銭の自己管理などの体験)。	n=6
③問題の細分化	問題や課題をクライアントにとって身近で理解しやすいものに小分けして、クライアントの問題解決に取り組む意欲の低下を防ぐことを目的とする。	n=5

④ クライエントの力 (Strength) の活用	クライアントは病前の社会生活の中で蓄えた特有の力を内在しており、援助行為はクライアントの力の賦活化を目指す作業である。	n=5
⑤ 協働と役割分担	主に問題解決過程において、援助者とクライアントとのパートナーシップを具現化するものであり、クライアントと援助者とが互いの力を期待し、信頼して、共同作業による成果や、互いの分担による問題解決や課題達成の成果を評価し、相互に確認し合いながら進捗する過程。	n=3

(大橋定明 2009 作成)

①情報提供

援助プランニングに関して最も多かった回答は、長期入院患者への情報提供であったが、情報の内容は以下の2点に分類される。1点は、グループホームや社会復帰施設などの退院後の居住施設の情報と、精神障害者デイケアや生活支援センター、通所授産施設など、地域生活を送る障害者に対して、その生活を維持する上で必要な支援を提供する通所施設の情報であった。2点目は、実際に地域社会で生活している精神障害者たちの生活ぶりや生活体験についての情報であった。

情報提供の目的は2つある。1つはクライアントに精神科病院以外での生活イメージを想起させ、地域生活への不安を軽減させることであり、2つ目は、クライアントがそれらの情報に基づいて、自分の人生に対する決定を行ないやすくするためであった。

また、情報を提供する相手はクライアントに留まらず、医師や看護師などの医療スタッフや、地域で生活支援を行なうソーシャルワーカー、そしてクライアントの家族に及んだ。彼らへの情報内容は先の2点に加えて、クライアント自身が退院に向けた課題に取り組んでいる様子に関する情報も含んでいた。

②体験とソーシャルサポート

次いで回答が多かったのは体験とソーシャルサポートであった。体験には2つの側面があった。1点は、クライアントの感情が受容され、批判されないという体験による他者への信頼回復の側面であり、また、退院に向けた課題に取り組み、その課題を達成していく体験の中で得られる、自分の能力への信頼の獲得という情緒的な側面である。2点目は、医療機関が代行していた金銭管理や自己決定などといった事柄を、クライアント自身が執行的という体験による Social Function の回復側面である。

インタビューに応じたソーシャルワーカーたちは、クライアントが入院中から作業所やデイケアなどの地域資源を体験的に利用できる方法を工夫していた。地域生活を送る精神障害者や地域生活支援機関スタッフとの関わりは、クライアントの退院後の生活イメージの獲得につながるとともに、後に地域生活に移行した折の、クライアントを取り巻くソー

シャルサポートの芽としての側面も併せ持っていた。

③問題の細分化

問題の細分化は 5 件の回答があった。被調査者たちは、問題がクライアントにもたらす質的・量的負担を軽減させ、問題解決に向かうクライアントの意欲の低下を防ぐ目的で、解決すべき問題を細分化する試みを行っていた。

④クライアントの力の活用

クライアントの力の活用は 5 件だった。被調査者の多くは、退院に向けた行動をクライアントが主体的に行っていく原動力として、クライアント自身が、自分が潜在的に持っている力の存在に気づき、その力を信頼して活用することによって生じる、状況が変化し得るという可能性への期待感であると指摘していた。

2. 2. 4 退院援助を進める際に重視するその他のポイント

精神科医療機関に所属するソーシャルワーカーの場合、その援助業務をソーシャルワーカー単独の判断と裁量でおこなうことは稀であろう。それは、精神障害が疾病と障害の両方を併せ持ち、しかも症状や障害の程度が固定的ではなく流動的で、可変的であるという特徴によるところが大きい。そのため医療機関においては、クライアントの病状や治療方針と無関係にソーシャルワーク援助は行なうことを避け（児島 1977）、医療職種である医師や看護師、他のコ・メディカル専門職である臨床心理士や作業療法士などと相補的な関係を維持しながら、チーム医療という観点を意識してソーシャルワーク業務を行なうことが必要になる（門屋 1998）。被調査者がそのような職務環境の中で、退院援助を行っていく上で重要と考えるポイントとして挙げた、これまでのカテゴリーに含まれない内容を分類したのが表 14 である。

表 14. 退院援助をすすめる際に重視するその他のポイントのカテゴリー、定義、回答数（n=8）

カテゴリー	定義	回答数（n は延べ人数）
①クライアントの回復イメージ	回復イメージは、クライアントの将来の生活への期待と、目前の問題解決に取り組む動機を励まし、援助者は回復イメージをクライアントと共有することでバーンアウトを防ぐ。	n=5
②クライアントの自己尊重	クライアント自身のネガティブな自己評価をポジティブなものに転換させることで、低下した自尊心を回復させる（例：課題達成による自信と周囲の肯定的評価、クライアントが潜在的に持つ能力の再発見、疾病固有のスティグマに対するクライアント自身の認知の修正）。	n=4
③他の援助職種との合意	医師や看護師などの他の援助職者と、退院援助について医師を一	n=3

	致させておくことで、他職種のクライアントの退院に対する不安を軽減させる（例：クライアントが退院に向けた課題に取り組むプロセスを情報提供）。	
④援助者によるパターンリズムの回避	援助者によるクライアントへの価値の押し付けや、退院方法や退院の仕方の一方的な選択などによって、クライアントの価値や主体性を損なうような事態を防ぐ（例：援助者自身の自己点検）。	n=2
⑤家族サポート	退院について不安を持つ家族に対して、退院後の日常生活援助の具体的サービス内容や、危機介入の方法について情報の提供をする（例：クライアントの病状の管理・日常生活技術上の困難は援助者が負い、家族にはクライアントの心理的サポートを期待）。	n=2

（大橋定明 2009 作成）

①クライアントの回復イメージ

このカテゴリー群の中でもっとも回答件数の多かったものはクライアントの回復イメージで、5 件であった。長期入院の過程で、医療職従事者や社会福祉援助職者に重症患者としての認識が固定化してしまった状況から、クライアントが生活者としての存在を回復していくためには、クライアントと援助者とが病気や障害からの回復イメージを持つことが、その原動力になるという指摘であった。

②クライアントの自己尊重

その次に被調査者が多く回答したカテゴリーはクライアントの自己尊重で、4 件であった。回答者たちは「無力化させられた」（Goffman 1961）クライアントが課題を達成し、クライアントと援助者とで評価を行ない、そして自分自身の潜在的な力を再発見することによって、クライアントの自己否定的な感情が自己尊重の感情に転換すると述べていた。

③他の援助職者との合意

他の援助職者との合意の回答件数は3 件であった。その手段として被調査者たちが強調していたのは、退院に向けて取り組んでいるクライアントの情報を医療職種などの他の援助職者に伝達することであった。

その他、④援助者によるパターンリズムの回避と、⑤家族サポートの回答がそれぞれ 2 件であった。

3. 考察

本調査の結果からは、長期入院患者に退院援助を行なう上での重要な示唆が得られた。そこで結果内容に考察を加えることによって、退院援助の方法論的一般性の可能性について検討する。

3. 1 アセスメント

3. 1. 1 問題の特徴

被調査者たちの指摘をまとめると、クライアント自身の自己否定的感情と、地域社会での生活イメージの低下が長期入院を引き起こしているというものであった。この指摘は、長期間の施設収容そのものが入所者を無力化し（Goffman 1961）、将来への実践計画立案能力を低下させ（Burton 1976）、そして施設への依存性を強化させる（計見 1979）インスティテューショナルリズムのメカニズムと共通する。つまり長期入院は、入院患者を現実的な場面や事柄から引きこもらせ、自発性の欠如と無気力へと導いて自分の将来に対する関心や実践計画を立てる能力を無くさせる。そして現実認識を甘くさせ、他人への依存的な傾向を強化させるのである。また、入院が長期化して入院患者が高齢化するほど、患者は精神病院以外での生活を指向する意欲が低下し、諦めの感情が高まるとの指摘もある（猪俣 1994）。地域社会での生活イメージの低下とは、長期入院がクライアントに与えたネガティブな影響の結果であり、同時に、施設以外での生活の不安と施設に対する依存性を強化する。この傾向は入院が長期化すればするほど深刻なレベルになるといえよう。

3. 1. 2 クライアントおよび家族の問題対処の力

被調査者たちはクライアントおよび家族の問題対処の力について、クライアント自身の力（Strength）に着目していた。ここでいう力とは、生育の過程や社会体験の中で得た、クライアントが本来有する力や強さのことである。クライアント自身の強さを強調するストレングス視点では、クライアントの病理や欠陥の側面よりもむしろ、個人と環境のストレングスの側面に焦点を置く。すなわち、クライアントが多くのストレングスを持っているのを認め、そのストレングスを尊重し、助長することがクライアントの発達と成長、そして問題解決に取り組む動機づけを高めるという認識に立つ（小松 2002）。

このストレングスは長期入院のプロセスで低下し、クライアント自身や病院スタッフにとってその存在も曖昧なものになっている。しかしそれは、クライアントに退院に向けて活動していく自信を与え、スタッフにはクライアントの退院後の生活についての手がかりを与える可能性を持つ。回答者達は、クライアントの力の再発見と再評価を援助上の重要なポイントと認識していた。

3. 1. 3 問題に関連するシステムと、クライアントとの互酬的な交互作用の性質

被調査者たちは、クライアント・家族間のネガティブな交互作用を、長期入院の重要な要素として捉えている。それは一方で、家族の不安を軽減し、クライアントにとっての家族の役割を再構成するための、家族サポートの必要性を示すものである。

またクライアントが持つ、家族や医療スタッフからの孤立感情は、クライアントがサポートシステムに接近することを困難にし、助力の受け入れを拒ませかねない。それは同時に、クライアントの自己尊重をかく乱して自分の人生に対する諦めの感情を強化させ、クライアント自身による自己の力（Strength）への気付きを遅らせるものとなる。ある被調査者のいう、「クライアントの利用できる社会資源の乏しさを、スタッフのマンパワーで補っていく」上でも、クライアントの孤立感情の解消に向けた働きかけと、家族や医療スタッフとの友好的関係性を作ることは重要である。なぜならばそれは、クライアントにとっての新たなサポートシステムを形成する可能性を持つからである。

3. 1. 4 問題を改善するために利用可能な、もしくは必要とされる資源

今回の調査で被調査者たちが挙げたリハビリテーションサービスは、いずれもクライアントが退院した後に利用可能になることを念頭に置き、その前段階として、それらの資源についての情報（サービスプログラムの内容や、そのプログラムを利用しているメンバーの様子、活動場面の雰囲気など）をクライアントに提供して、精神病院以外での生活や、退院後のリハビリテーション活動の具体的なイメージが可能になることを目的としている。そして、クライアントが入院中からそれらの活動を体験し、地域生活をしている障害者と交流する機会を創出することによって、クライアントにとっての将来の仲間（Peer）となるような援助のシステム化を意図していた。

その地域のプログラム活動への参加は、通常、作業プログラムやレクリエーション活動を通じて行なう。Allness（1998）その他は、慢性精神障害者がリハビリテーション活動の中で対人関係を発達させ、修復し、それを維持するためには、社会的活動や余暇活動に参加して社会的ネットワークの発展を目指すサービスの提供が必要であると指摘する。またDinsin（1995）は、余暇活動に関するリハビリプログラム提供の根拠を、クライアントが孤立して 1 人であるよりも、余暇活動に参加して友達を作ったほうがよいという考えに基づく述べている。先の被調査者たちも、これらの指摘と共通する考えを持っているので

あろう。

3. 1. 5 問題解決に取り組むことへのクライアントの動機付け

この項目については、被調査者の中で触れる回答者がいなかった。その理由は、本事例が精神科病院に長期間“沈殿”して、その過程で意欲と活動性を低下させてしまっていることを想定しているため、被調査者達はクライアントの動機づけを評価するというよりも、むしろ今後の援助活動で、クライアントの退院に向けた動機をどのように高めていくかを重要なポイントにしていたからであろう。しかしながら、この結果をもってクライアントの動機づけをアセスメントする意味合いが乏しいということにならないことは言うまでもない。なぜならば、ソーシャルワーク介入上のポイントでは、ほとんどの被調査者がクライアントによる動機づけが重要と指摘しているからである。

3. 2 ソーシャルワーカーの関わり方のポイント

表 12 で示した項目は、ソーシャルワーカーが長期入院患者の退院援助を行なう上で極めて重要であるが、同時に困難を伴う部分でもあろう。なぜならば、本論で援助の対象としている人達は、長期間の施設生活のプロセスの中で不快なことを避けるために、従順で援助を求めないという役割を身につけ（Gerhart 1989）、施設から退所させられることへの不安が強く（Goffman 1961）、将来に対する関心も将来への実践計画を立てる能力も欠如している（Burton 1976）といわれる人達だからである。そのようなクライアントへの関わり方が、ソーシャルワークの実践経験を 10 年以上有する被調査者たちが指摘した項目の内容を分析することによって得られるかもしれない。

被調査者が指摘したソーシャルワーカーの関わり方は、クライアントとの関係性に関する項目と、クライアントの現実認識に関する項目、そしてソーシャルワークの介入技術の 3 項目に分類することができた。それが表 15 である。

表 15. ソーシャルワーカーの関わり方のカテゴリ内分類

関係性	現実認識	介入技術
i クライアントの感情 と問題の共有化 ii 心理的サポート	i 自己の感情の意識化と言語化 ii “状況”及び感情の客観化と洞察 iii 問題の明確化 iv 現実検討	i クライアントの感情の浄化と換気 ii 動機づけ iii 心理的介入と対決

(大橋定明 2009 作成)

クライアントと援助者との関係性とは、援助行為そのものの遂行と維持を可能にするた

めに必要な、クライアントとクライアントを取り巻く周囲の者との間での、相互の信頼に基づく友好的でサポーターな関係であるといえよう。長期入院者の退院援助に際しては、その患者との信頼関係が形成できるかどうか重要なポイントとなる。すなわち、ソーシャルワーカーが脅威や不安を招く存在ではなく、安心できる相手として評価されることで、患者から拒否をされない関係を築くことが不可欠となる。その関係を形成する基本が「クライアントの感情と問題の共有化」であろう。ソーシャルワーカーは、クライアントへの援助行為を主に面接を通じて行なうが、その中でクライアント自身の苦悩や挫折感、怒りや諦めなどの感情を認め、共同で受けとめていく作業によって相互の信頼関係が醸成されていく。

インタビューの結果では、被調査者の全員がこのポイントを重要視していた。それはすなわち、このカテゴリー内項目がソーシャルワーク援助における最も基本的な部分であることを示し、かつ、その基本が被調査者たちに共有されていたということがわかる。そして、クライアントとソーシャルワーカー間での信頼関係を持続させる要素が、「心理的サポート」と考える。Hollis（1966, 1985）は、精神病患者や重度の神経症患者に対して心理的サポートを行なうことで、社会的機能をより良くするための援助が可能であると指摘するが、このカテゴリーがソーシャルワーク援助を継続して行なう上で、最も基本的な部分であるといえる。

クライアントとソーシャルワーカーは、この信頼性に基づく関係の中で、クライアントと外界との交互作用の脈絡においてクライアント自身の思考や感情、問題を探り当てるとともにそれを共有して、真のニーズ探索とその実現の方法について共に検討を行なう。この協同のプロセスが現実認識のカテゴリーである。このカテゴリー内の項目はいずれも、クライアントに客観的で正確な現実に対する認識を持つことを促すソーシャルワーク支援活動であり、長期入院患者の退院援助の核心といえよう。

そしてソーシャルワークの介入技術カテゴリーだが、クライアントの退院に向けた取り組みの成否は、クライアント自身の動機の如何によることが多い。そのため、ソーシャルワーク援助においては、ニーズ達成に向けて取り組む上でのクライアントの「動機づけ」が重要なポイントになる。

しかし現実には、クライアントは状況の変化を望まず、あるいは障害の受容や、自分を取り巻く現実や将来への見通しなどに対して客観的に目を向けることが困難かもしれない。この場合の客観とは、クライアント自身が自己の感情に意識を向けて言語化し、それを客

観的に捉え、精神科病院や治療スタッフ、自分の家族などの自己を取り巻く“状況”が自分に与える影響と、その中での交互作用について洞察を行ない、問題を明らかにして、その解決への見通しをつけていくという作業である。しかしこの準備がクライアントに出来ていない場合、援助者に対して拒否、あるいは抵抗という形で意思を示す可能性がある。

回答者はそのようなクライアントに対して、「感情の浄化と換気」と「心理的介入と対決」という、2つのアプローチを述べた。すなわち、クライアントが精神病を病んだことに対する苦悩や怒り、あるいは障害の否認などの錯綜した複雑な感情を、援助者が共感的、受容的な態度で傾聴し、諸々の感情を認めていくことがクライアントの感情を浄化させる。そして、自己否定的・自己破壊的な行動の源となるネガティブな感情の換気を行なうと指摘する。

援助者に対するクライアントの拒否に際しては、ある回答者は、拒否をされない別のアプローチ（たとえばクライアントの興味を引くようなレクリエーションなどの）を試みる中で、クライアントが退院援助の介入を受け入れるだけの熟成を期待して待つと述べたが、別の回答者は、クライアントがポジティブな方向に向かうための内的動機を高めるような、意図的な心理面への介入や揺さぶり、方向付けを認めていた。

援助者が行なう指示的な介入は、クライアントの自己決定というソーシャルワークの価値に照らした際の妥当性が問われる必要がある。ジェネラリストソーシャルワークにおいては、ソーシャルワーク介入の際の、ソーシャルワーカーからクライアントへの相互的交互作用から生じる影響作用について、それが恣意的なコントロールや権力乱用になっていないかどうかの判断基準として、①その影響作用の活用がクライアントのニーズに基づいているか、②ソーシャルワーカーとクライアントとが、一緒にゴールを明らかにしたか、③全ての関係者に選択の自由が最大限考慮され、維持されてきたか、の3点を示している（Johnson & Yanca 1983）。

では、被調査者が指摘した「心理的介入と対決」は、この3点の基準を満たしているのだろうか。この問いに対しては、次のような解釈が可能かもしれない。まず1点目は、ソーシャルワーク介入に対する患者の抵抗は、長期入院という患者の主体性や力を低下させる影響作用の結果生じたものであって、それはクライアントのニーズとは評価しがたいものである。

2点目として、ソーシャルワーカーによる心理的揺さぶりや方向付けは、クライアント自身の“状況”への洞察と現実認識を促す目的で行なわれるもので、その意図は、退院に

よる地域移行という、ソーシャルワーカーとクライアントの共通のゴールを明らかにして共有するためのものである。

そして3点目は、長期入院患者がソーシャルワーカーの介入を拒否したとしても、それは入院を中断させるものではなく、むしろ、より以上の入院長期化を可能にするものであるという解釈である。このような解釈を用いたならば、「心理的介入と対決」のアプローチがソーシャルワーク援助における妥当性を得ることができ、恣意的あるいは職権乱用というような批判を免れることが可能と考えられる。

3. 3 援助プランニング

ソーシャルワーク援助におけるプランニングとは、クライアントのゴールの設定と、ゴール達成に向けた目標を明確にするプロセスであり、それにはクライアントと援助者の役割と遂行すべき課題が含まれる (Johnson & Yanca 1983)。

では、本研究の被調査者たちが述べた、長期入院患者の退院という目標に向けた援助プランニングは、どのような特徴を持っているのであろうか。まず、援助プランそのものについては、クライアントの退院までの援助にとどまらず、退院した後の、地域社会での生活までを見越した長期的な援助計画であることを強調していた。退院はあくまでもプロセスゴールであり、最終のゴールは地域での継続した生活実現にある。そのため援助の視点は俯瞰的で、現在行なっている援助行為が、援助プロセス全体の中でどのような意味を持つのかを認識することが前提となる。

援助プランニングカテゴリーの「情報提供」には、クライアントへの情報提供（地域の社会資源や、地域生活をしている精神障害者の生活情報と体験談など）のほかに、精神科病院内の他の医療スタッフや地域の社会福祉サービス提供者に向けたクライアント情報を、そして家族に対しては、クライアントが退院した後の生活を支援する社会資源の情報とともに、退院に向けて課題に取り組むクライアントの様子や、進捗状況についての情報提供を含む。その目的は、クライアントに対しては地域社会での生活の具体的なイメージの想起や自己決定の促しと、退院に対する不安軽減のために、医療スタッフや地域のサービス提供スタッフには、退院に向けてのバックアップと退院後のフォローアップのために、そして家族には、患者が退院することへの不安を解消させるためであった。

これらの情報提供は、援助プランニングのプロセスのみではなく、アセスメントプロセスや援助介入プロセスにおいても行われていると思われるが、いずれにせよ、10年以上の

実践経験を有するソーシャルワーカーたちは、情報を様々な目的でソーシャルワーク援助に関わる人たちに提供していることがわかった。これらの情報の収集・提供役割は、ジェネラリストソーシャルワークにおいてはブローカー役割として分類されるが (Johnson & Yanca 1983 ; 太田・秋山 1989 ; 副田 2002a), 長期入院患者の退院援助プランニングにおいては、この役割が重要な機能を果たしていると考えられる。

インタビューでは、クライアントに対して情報提供だけでなく、実際に体験する機会を提供することの大切さも指摘された。クライアントによる「体験」のプロセスとは、自分の感情や考えに対して批判されず、共感を得られ、尊重されることを通じた、他者への信頼回復の機会である。そして、クライアントが退院にむけての課題や問題に取り組み、それらを解決していくプロセスでもある。それは退院後の住居の選択や生活費用の確保および自己管理、確実な食事摂取の方法や通院手段の検討、地域での福祉サービス利用の手続きなどを含む。これらの多くは精神科病院が長年にわたって患者に提供してきたものであって、退院準備とはクライアントが自分の生活に対して責任と主体性を取り戻していく作業でもあるといえよう。

ただし、これら一連の作業はクライアントに対して質的・量的な脅威をもたらし、結果的にクライアントが退院への取り組みを辞退する可能性もある。それを防ぐ手段として、回答者の多くは「問題の細分化」の必要性を指摘していた。問題を細分化する意味について Perlman (1985) は、接近困難な、あるいは長期的、慢性的に剥奪されているクライアントにとって、身近で到達しやすく、容易に想像できる目標の設定が現実味のある唯一のゴールであり、これらの短期のゴールがクライアントによって部分的に達成され、その成果にクライアント自身が気づくことで、問題の対処法を身につけることが可能になると指摘する。つまり、クライアントと援助者が「共同」で問題を細分化して、それぞれが「役割の分担」を決めて問題に取り組み、成果を評価しながら目標達成に進むという体験のプロセスそのものが、「クライアントの力」を引き出して問題対処能力を高めることを、本調査のソーシャルワーカーたちは豊富な実戦経験の中で気づいているようだ。それは本調査での回答者数からも明らかなように、クライアントが精神障害を持ちながらも社会的に有効に機能し、問題に対処する力を潜在的に持っているという確信に基づくものである。

3. 4 退院援助を進める際に重視するその他のポイント

ここで述べられた事柄は、これまで論じてきたソーシャルワークの直接的援助とは幾分

異なる項目を含んでいる。これらの5項目をジェネラリストソーシャルワークの視点で評価すれば、「他の職種との合意」はソーシャルワーカーの調停機能として、「家族サポート」は支援機能として言い換えが可能であろう。また、「クライアントの自己尊重」も、周囲の医療従事者や援助者、クライアントの家族や同じ障害を持つ仲間などからの共感的でサポート的な支援によって形成されると思われるので、これも支援機能にカテゴリー化される。「援助者によるパターナリズムの回避」は、クライアントの主体性の尊重と自己決定によって可能になると考えるが、それはソーシャルワーク援助の際に援助者に求められる価値 (Reamer 1999 ; 高橋 2002 ; 副田 2002b ; 北島 2002) でもある。「回復イメージ」は、ソーシャルワーク機能に該当しないが、本調査において5名の被調査者が回答していることから、精神科医療機関にあっては重要な意味を持つものと考えられる。そこで、項目ごとの考察を以下に述べる。

3. 4. 1 クライアントの回復イメージ

回復イメージとは、クライアントが精神病院を退院して地域社会で生活が出来るという確信の上で、地域社会での主体的な生活内容をクライアントと援助者の両者が想定し、共有することである。ところが、入院医療機関の本来機能である患者の疾病治療と、日常生活活動への復帰という視点からすれば、援助者が患者の回復イメージを持っていないという事態は奇異な現象である。それは、「恥ずかしいほどにスタッフの不足した、混雑した不快な施設で、死だけが開放の唯一の確かな希望を与えてくれるところ」(Committee on Psychiatry and Community 1978 ; p. 42) である精神科病院の役割と構造が、患者とスタッフの双方に与えた結果であるのかもしれない。

また被調査者たちは、ソーシャルワーカー自身のバーンアウトの危険性も指摘する。看護者や福祉従事者、教師などヒューマンサービス従事者にバーンアウトが生じやすいことは、先行研究によって明らかにされている (田尾・久保田 1996)。バーンアウトとは、長期にわたり人に援助する過程で、心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の身体疲労と感情の枯渇を示す症候群であり、卑下、仕事嫌悪、思いやりの喪失を伴うもの、と定義される (Maslack 1976 ; Maslack & Jackson 1981)。被調査者たちの指摘したバーンアウトの危険性は、長期入院患者たちへのソーシャルワーク援助の成果が見えにくく、徒労に終わることも少なくないという部分に潜んでいると考えられる。ある被調査者がいうように、『退院に向けた本人の動機づけの作業にもっとも時間がかかり、…数年間に及ぶ

援助プロセスを持続する、援助者側の動機づけが必要』とされる職務と職場環境において、ソーシャルワーカーや医療従事者達のバーンアウトを防ぐ要素として、クライアントの回復イメージを想定することが重要であるとの指摘であろう。

3. 4. 2 他の援助者との合意

他の援助者とは、主に医師や看護師などのメディカルスタッフを指す。彼らは、長期入院期間中の患者に治療や療養生活上でのケアを提供するが、その分、患者に与える思考的・情緒的影響力は大きいと考えられる。その一方、医学モデルをベースに、症状減少のための薬物治療の強調や（Cnaan 他 1988）、食事の提供と介助、衛生管理、療養生活上の世話などのルーティン業務を長年にわたって行なう過程で、バーンアウトに陥る危険性も高いと思われる。

そのメディカルスタッフに対して、回復とクライアントの変化への期待、そして個人の自律性と責任性に基づいた実践的方向性（Cnaan 他 1988）を志向するソーシャルワーカーが、退院援助の一連のプロセスと、その中での患者の行動や変化を情報提供していく作業は、メディカルスタッフが有する患者へのネガティブな感情を支持的なものに変え、患者へのネガティブな影響を減らしていく効果を持つことが期待される。

その意味では、ソーシャルワーカーが医師、看護師などのメディカルスタッフとクライアントとの関係や感情を調停し、好ましい方向付けを行なうと考えてよい。また、メディカルスタッフが多数を占める精神科医療機関の中で、ソーシャルワーカーが長期入院患者の福祉援助を行なっていく際に、彼らと業務上の合意を持つことが職務遂行上有利であることは言うまでもない。

3. 4. 3 クライアントの自己尊重

この項目については、被調査者達から、その重要性がしばしば語られていた。彼らはアセスメントやソーシャルワーク介入、援助プランニングのいずれのプロセスにおいても、クライアントに自己尊重の重要性を気づかせ、それを高めることをソーシャルワーク援助上の重要な主眼点としていた。つまり、クライアント自身が自分を大切な存在として認識することができないことには、主体的存在として地域社会での生活プランニングを行なえないばかりか、退院に向けた取り組みそのものに参画することも困難という認識である。そしてクライアントの自己尊重は、クライアントを取り巻く援助スタッフやクライアント

の家族、同じ障害を持つ仲間などから支持的なサポートを受け、非難をされず、認められて尊重されるという体験によって高められる。接近が困難であったり、自己の内面に目を向けず長期的、慢性的に剥奪されている人、クライシスに陥りやすい人（Perlman 1985）に対するソーシャルワークでは、クライアントの自己尊重を高めることが援助行為における大きな目的といえるのかもしれない。

3. 4. 4 援助者によるパターナリズム（父権的保護主義）の回避

パターナリズムは、クライアントに対するインフォームド・コンセントや、クライアントの自己決定の対極に位置するものとして捉えられることが多い（秋元 1991; 木村 1998）。Reamer（1999）は、ソーシャルワークにおいて生じるパターナリズムの形態について、①クライアント自身の利益のために彼らに情報を与えないこと、②クライアント自身の利益のために、彼らに嘘をつくこと、③クライアント自身の利益のために、彼らの願いに反してクライアントの身体に干渉すること、の3点を挙げる。本論の被調査者達は、援助者が自分の考えをクライアントに強制してしまうか、あるいは、クライアントの希望や決定を無視して退院後の居住先を強制してしまうようなことが、援助プロセスにおいて十分に起こり得ることを理解した上で、あくまでクライアント自身の自己決定の尊重を強調している。

3. 4. 5 家族サポート

家族サポートには、ソーシャルワーカーによる家族へのサポートと、家族自身が行なうクライアントへのサポートの2つの意味が込められている。ソーシャルワーカーによる家族サポートとは、クライアントの退院に対する家族の不安や、クライアントが社会生活上での住居面、金銭面、病状管理面、対人関係面などで困難に直面した際に、それらの問題に関わる家族の負担を軽減することであり、それが長期入院患者の退院援助において家族の抵抗を和らげる必要条件ともいえよう。

この調査のなかで被調査者達は、家族に対してクライアントの退院援助における積極的な役割（例えば自宅への引き取りや、日常生活場面での濃厚な援助など）を期待していなかった。被調査者の一人は、「クライアントの、社会生活に伴う生活上のリスクについては、家族に負わせるべきではない」と断言している。そして被調査者達がイメージするクライアントの退院後の居住場所は、クライアントの入院期間や年齢によって異なるものの、生

活訓練施設やグループホーム、賃貸住宅などであった。Test と Knoedler (1991) は精神障害者の地域での居住状態について、そのゴールは①障害者が一般の仲介業者から買えるような標準の家に住まうこと、そして②障害者が両親の家から引っ越すことと指摘する。

被調査者たちは、家族がクライアントを扶養する能力が低下もしくは喪失しているため、クライアントの居住場所を家族内に求めるよりも、クライアントに他の居住先を提供する方が、退院が具体化することを体験的に知っているのかもしれない。

次に、家族によるクライアントのサポートについてだが、家族は精神障害を持つクライアントにとって情緒的、道具的、経済的サポートの重要な提供者として認識される (Dincin & Witheridge 1982 ; Tryssenaar & Tremblay 2002 ; Pentland, Miscio, Eastabrook et al. 2003)。また、ソーシャルワーク援助に対する家族の態度が、患者自身の病状の改善に寄与するともいわれている (Goldstein 1979)。しかしその反面、クライアントと家族との関係の多くがクライアントの個人的な成長の妨げになり、クライアントの不適切な行動を増強させてしまうような、病的な依存関係に陥っているという指摘もある (Stein & Test 1980)。

また、クライアントの長期入院化のプロセスで、家族は高齢化するに従って引取りを拒んで退院を望まなくなる。一方入院中のクライアントは、入院期間が長期に及んで高齢になるほど、退院後の扶養を家族に期待するというパラドックスが存在する (荒井 1988)。

では、そのようなネガティブな家族関係を防ぐ方法とはどのようなものだろうか？それは要するに、医師や看護師などの治療者やソーシャルワーク援助者は、家族に対してクライアントの退院先としての期待や、生活扶養者としての期待、あるいは社会生活上における直接的な介助者や援助者としての期待をしないということではなかろうか。それよりもむしろ、援助者は家族に対してクライアントに対する情緒的サポートを期待し、同居や生活面での扶養、金銭的な支援、あるいは介護などの道具的、経済的サポートは、家族に求めるのではなく、むしろ社会的諸制度の利用や、新たな社会資源の創出によって補うことが妥当と考える。

第2節 退院援助アプローチの理論的根拠

1. 5つのソーシャルワークアプローチの内容比較

今回の調査から得られた、長期入院患者の退院援助に有効性を持つと示唆された要素は、すでに一定の評価を得ている既存のソーシャルワーク理論やアプローチで重要視されてい

る概念や方法に含まれているのだろうか？そして、長期入院の精神障害者が退院から社会復帰に至るまでのプロセスに有効に作用する援助アプローチは、どのソーシャルワーク理論やアプローチにフィットするのだろうか？本節ではこの疑問に応えるべく、複数のソーシャルワークアプローチに関する文献レビューを行なった。この作業は同時に、ベテランソーシャルワーカーたちが行なう退院援助アプローチの理論的根拠を得る目的も兼ねている。参照したソーシャルワークアプローチ理論は、①心理社会的アプローチ、②問題解決アプローチ、③課題中心アプローチ、④ソーシャルサポートネットワークアプローチ、⑤ケアマネジメントアプローチ、である。これらはいずれも、社会福祉実践理論として一定の評価を得ている理論アプローチである。

以下で、それぞれのアプローチの概要を表で示す。表作成に当たって、項目の表記に同一性を持たせることに努めたが、そうでない項目については、そのアプローチ固有の特徴や強調点として捉え、内容にふさわしいと思われるタイトル表記を行なった。

1. 1 心理社会的アプローチ

慢性精神障害者の精神科病院への再入院を防ぎ、地域社会での生活に必要な社会生活技術の習得や相互対人関係の拡大、服薬を含む医学的管理、共同作業所や援助付き雇用を含む社会経済活動への参加などを促進するにあたって、最も有効な地域リハビリテーションプログラムは心理社会的リハビリテーションとされている（Rutman 1994）。この心理社会的リハビリテーションの理論的基盤である心理社会的アプローチは、Hollis（1966, 1970）によって体系化された。アプローチの概要は以下の通りである（表 16）。

表 16. 心理社会的アプローチの概要

中心的概念	個人とは、人と状況と、この両者の相互作用からなる「状況の中にある人間」であり、個人の心理社会的機能は、個人の要求と個人に対する環境の影響との諸力の相互作用的均衡を維持するための、パーソナリティ内部の複雑な相互作用の結果。
問題の定義	個人内部の内的圧力と、個人を取り巻く環境からの外的圧力との相互の衝突や影響に際して、その個人の社会的機能の不全のために生じる個人内部のストレスと環境からの圧力。
基礎を置く準拠枠	自我心理学（フロイト派パーソナリティ理論）。
援助における目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 社会的機能が遂行できるようになるための、個人のパーソナリティの変化・成長と、個人の順応が促進されることを意図する環境の変化。 2. クライアントが自分の置かれている状況、重要な人、自分自身の理解が可能になること。 3. クライアントの自我（思考、反省、理解など）のクライアント自身による再検討により、社会機能遂行時の行動様式や判断、対応の適切化と、その変化したパーソナリティの永続化。 4. クライアントが面接において、その不安や恐れ・敵意を表現することでの安寧感。

援助上での重要な要素	<ol style="list-style-type: none"> 1. 援助過程へのクライアントの参加. 2. 問題解決に対するクライアントの動機付け.
援助上の一般的課題	<ol style="list-style-type: none"> 1. クライアントの内的, 相互個人的, 環境的問題に対するクライアント自身の自覚と現実認識. 2. 問題の捉え方や問題の原因に対するクライアントの洞察. 3. クライアントの問題への取組み姿勢. 4. クライアントと状況との力動関係や, 問題改善の可能性にクライアントが気付くための明確化と情報提供. 5. 明確化の手法として, 示唆・助言・説得などによるクライアントの自発的思考力に頼る理性的手段. 6. 明確化の手法として, クライアントの自発的思考が期待できない際に限定された指示的手段.
価値観	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個人の価値の尊重. 2. クライアントへの関心と尊敬, および受容と共感. 3. クライアント中心, クライアントのニーズ優先. 4. 科学的な客観性によるクライアントの理解. 5. クライアントの自己決定の承認, クライアントによる自己思考能力を引き出す努力. 6. クライアントが受容的な関係の中で安定できるような支持. 7. クライアントと他者との相互依存の承認.
問題解決の過程	<ol style="list-style-type: none"> 1. クライアントにとって理解可能でクライアントが望むものであり, 同時に援助者にとっても実現可能で援助的と考えうる, 妥当性のある目標設定. 2. 目標は究極的目標と暫定的目標とを設定するが, これらは処遇過程に応じて流動的で可変的.
自我機能の捉え方	援助過程や処遇内容におけるクライアントの状況変化や, パーソナリティ変化によるクライアント自身の不安, 怖れからくる抵抗に対して, クライアントの受容と支持, および換気法の必要性.
クライアントの捉え方	<ol style="list-style-type: none"> 1. パーソナリティの無意識部分への探索は行わず, 幼児期の詳細な遡及もしない. 2. クライアントの社会的適応様式の機能不全のみ焦点化するのではなく, クライアントを取り巻く環境の影響と, 両者の相互作用に関心を向け力動的に評価. 3. 個人内部および状況における個人の弱さの部分のみ注目するのではなく, 強さの部分の評価を重視し, 人と環境および両者の中での変化によって修正が可能との理解.
ターゲットグループ	家族, 医学・精神医学領域, 児童福祉, 学校ソーシャルワーク.
残された課題	重篤な性格障害, アルコール, 麻薬, 退行精神障害, 精神遅滞.

(出典: Hollis 1964 “Casework: A Psychosocial Therapy” pp.7-37, 1985 『ケースワーク実践における心理社会的アプローチ』 pp.31-74; Turner 1986 “Psychosocial Theory, Social Work Treatment Interlocking Theoretical Approaches” pp.484-493; 黒川 1996 『臨床ケースワークの診断と治療』 p.77-86; 加茂 2000 『ソーシャルワーク理論を学ぶ人のために』 pp.183-186; 久保 2004 『ソーシャルワークー利用者へのまなざしー』 pp.10-16; 久保 2005 『心理社会的アプローチ』 pp.5-13 を元に大橋定明が作成)

心理社会的アプローチの強調点は, 自己と自己を取り巻く状況に対する認識と洞察であり, クライアント自身による問題解決のための動機付けである. これらは, 現実検討のための情報提供と状況の明確化のプロセスの中で行われる. また, このアプローチの特徴として, 援助者はクライアントの要望や期待, 現実検討などに対して無条件に受容せず, それが社会的機能遂行上, 妥当性と有効性が認められた場合に受容する.

クライアントの自己決定に対しても, その決定がクライアント自身あるいは他者にとって不利益であると客観的に評価した時は, 援助者がクライアントの自己決定を制限し, クライアントに代わって決定や代行を行なうことを許している.

さらに動機づけにおいては、クライアントが状況やパーソナリティについて変化を望まず、問題の明確化と解決への取り組みに消極的な場合は、援助者とクライアントとの交互作用の中で意図的な動揺や不安を呼び起こすような手法を用いて、その動機を高めるといふ戦略も容認する (Hollis 1985)。精神科病院に長期間入院して、日常生活と安全と人間関係のほとんどを医療施設に委ね、その中で自分の思考と役割を再構成して施設での生活に適応してきた精神障害者にとって、その環境が変化することは多大な恐れと不安を引き起こす。そのため、変化の動きに対する反作用として様々な抵抗や、時には病状が再燃することも稀ではない。そのような精神障害者が、病院から地域という居住環境と生活内容が激変する事態に挑むためには、個人内部でそれを押し進めるのに見合う報酬性と意欲、動機づけが不可欠である。その点で、心理社会的アプローチが重視する洞察と動機づけは、精神障害者の退院援助アプローチにおいても重要となる。

1. 2 問題解決アプローチ

問題解決アプローチ (Perlman 1985, 1986) は、その基礎的準拠枠をフロイド派の自我心理学におき、クライアントの問題解決に向けての動機付けと自我の強化をアプローチでの重要な要素としている点で、心理社会的アプローチと共通する。しかし問題解決アプローチでは、クライアントの全般的なパーソナリティ変容を目的としていないという点と、心理社会的アプローチ以上に、クライアントが社会生活機能を遂行する上で直面している問題そのものを焦点化し、その解決に向けた援助過程を通じてクライアントの自我強化や対処能力の取得、対処技術の強化を意図するという点、そしてクライアントと援助者を含む、他者や状況との交互作用の中で問題解決が進行していくプロセスを重視していることが特徴である。表 17 がその概要である。

問題解決アプローチでは、クライアントと援助者の間で明確化された問題を細分化し、クライアントが動機を持ちやすい、当面のあるいは今直面している問題の解決作業を行なう。この細分化は、クライアントのゴール達成に向けた段階的な手段である。

表 17. 問題解決アプローチの概要

中心的概念	ケースワーカーとクライアント、およびその両者が含まれる人と状況の生活空間の中で、生き生きとした力が交互作用しながら前進している過程を重視。
問題の定義	クライアントが今現在知覚し、ストレスを感じ、援助を必要としている社会的課題と人間関係を遂行する上での問題であって、今後引き続き出現する問題の原因となり、クライアントの日常生活における社会的機能上での、他者や課題との交

	相互作用の中で発見されるもの。
基礎を置く準拠枠	自我心理学（フロイト派）。
援助における目標	1. 日常生活での社会的機能を遂行している人と人、人と課題の相互作用の中で、問題解決のための能力と満足のレベルを高め、そのレベルを維持すること。 2. クライアントが自分の問題を主観的に読み取り、自我機能の強化によって自分自身の問題の解決者となること。
援助上での重要な要素	1. 適切な方法で問題に働きかける動機づけ。 2. 適切な方法で問題に働きかける能力。 3. 問題に直面し、それを軽減させる機会。
援助上の一般的課題	1. クライアント自身による問題の認知、問題の言語化、問題への関心。 2. クライアントの問題に対する主観的体験の明確化。 3. 問題の原因と結果およびクライアントの生活空間での他者の重要性と影響力を明確化し、検討を加える。 4. 解決可能な手段と様式の探索。 5. クライアントの問題や、他者に対して最も影響を与える行動や物質的手段の考慮と選択。 6. 行動の効果と妥当性について検証、その上で解決方法の強化・拡大および見直しと行動の修正、変更。
問題解決の過程	1. クライアントとの間での問題の確認と明確化。 2. 問題の部分化と焦点化。 3. クライアントが今現在困難と感じている当面の問題の選択。 4. クライアントが気づき、感じている問題に対するできるだけ短期間での援助。 5. 限られた時間内で手に入れやすい、報いの得られる短期のゴール設定。 6. 問題解決の過程を通じてクライアントの認知、選択、意思決定、行動などの自我機能の強化により、問題に十分に対処できる能力の取得。
自我機能の捉え方	1. クライアントの内的、主観的な欲求とニーズの自覚。 2. 外的な現実的要求と、それに関連する現実的要求と機会の知覚。 3. 「現実原則」による満足の手段を選択し決定する、先の2つの知覚を統合・調整する操作。 4. 意識的で自発的な行動の計画と管理。 5. 情緒障害や認知障害など自我機能が未発達で障害を受けているクライアントには、自我機能強化のための指導、訓練もおこなう。
クライアントの捉え方	問題の犠牲者あるいは創出者という捉え方ではなく、潜在的な解決者であり問題解決過程の参加者という捉え方。
精神障害の場合	「病気」と「病気を持った人間」とは別ものの視点から、病気そのものよりも病気をを持った「人間」を処遇。

（出典：Perlman 1985『ソーシャル・ケースワークにおける問題解決モデル』；Perlman 1986 “The problem Solving Model” pp.247-255；Turner & Jaco 1996 “Problem-Solving Theory and Social Work Treatment” p.508-512；戸塚 2005『問題解決アプローチ』pp.39-44；加茂 2000『ソーシャルワーク理論を学ぶ人のために』pp.174-175 を元に大橋定明が作成）

例えば、長期入院患者が挫折体験や失敗体験による自我機能の低下や諦めの感情、または、状況や行動の変化への不安などが強い時に、「精神病院からの退院と社会復帰」などという、クライアントにとって遠大で困難と感じるような課題の提示は、より一層クライアントを混乱させて不安を増大させるか、あるいは防衛的にさせてしまう可能性がある。それよりも、クライアントにとって見えやすく了解のしやすい、当面の個別的・具体的な問題を段階的に解決していく細分化の方法が、クライアントにとっては自信と自我の強化につながりやすいと思われる。また、その問題を援助者との間で認識し、その問題解決の過

程を共同で取り組むことを通して形成される関係性は、援助者がクライアントにとって今の生活を脅かす迫害者ではないという認識と、援助への抵抗を軽減させよう。このような点で、問題解決アプローチは長期施設生活者が施設以外での生活を探求していくアプローチとして有効と考える。

問題解決アプローチは、援助的な介入を求めないか、あるいは拒否しているクライアントに対して、援助者の意図的な介入によるクライアントの不安定な均衡状態への揺さぶりによって、問題を内包する状況に対するクライアントの不快感や生の感情を喚起するという操作的な手法を認める。また精神的・心理的に不安定で、自我機能の低下や未成熟がみられるクライアントに対して、自我機能強化のための指導、訓練という治療的要素も有している点は、心理社会的アプローチと同様に自我心理学の影響を受けた結果と考えることができる。

1. 3 課題中心アプローチ

課題中心アプローチは、短期間の処遇で援助効果を上げることが目的に、クライアントが自覚して自らの力で解決できる課題や（芝野 2005）、クライアントの社会生活上の困難に対する援助者とのあいだで明確にされた課題について、クライアントの意見と役割を中心にしながらその達成を図るアプローチである（マーシュ 1995）。アプローチでは、クライアントの課題達成に対する明確な動機づけと言語化が求められ、クライアントの自我に頼る理性的手段によってそのプロセスが進行する（伊藤 2001）。表 18 がその概要である。

すでに概要の中で明らかなように、このアプローチが対象とするクライアントは、状況と自分自身との相互関係の中で問題が存在することを自覚している。そのため援助者の示唆に反応が良く、問題と目標とその実現のための課題が理解でき、即座にその課題への対処が可能で、しかも対処後の効果と引き続く課題に対する検討と洞察、および言語化が可能な人たちである。つまり、本論で検討を行っているようなタイプの人たちではないということである。

表 18. 課題中心アプローチの概要

問題の定義	クライアントが感じる対人関係の葛藤や社会関係における不満足、フォーマルな組織との関係の問題、役割遂行上の問題、社会的状況の転換に伴う問題、またはクライアント自身の反応性の情緒的混乱や、クライアントに必要な資源の不足などであり、クライアント自身が問題として認め、取組みたいと望んでいること。
基礎を置く準拠枠	心理社会的アプローチ、問題解決アプローチ、行動変容アプローチ。

援助上での重要な要素	<ol style="list-style-type: none"> 1. クライアントの意見の尊重と動機づけ。 2. クライアントが選択した事柄を最優先。 3. クライアントと援助者として問題の整理と明確化。 4. クライアントの意見を尊重し、クライアント自身が問題に優先順位を付けられるような援助と示唆。
援助上の一般的課題	<ol style="list-style-type: none"> 1. 課題がクライアントに伝達され、取組む問題と達成目標について同意が得られた上で、クライアントも活動に参加。 2. 課題達成のための活動は、クライアントとのあいだで定期的に再検討。 3. 制限された時間内で目標を達成することの合意。 4. クライアントが課題について援助者の援助を得ながら問題解決のための行動を起こすこと。 5. 問題はかなり限定され、具体的であること。
問題解決の過程	クライアントと援助者とは問題を認識、解決に向けての合意、日程の設定、目標に向けて着手する。
課題	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目標を実現するために段階的に設定される個々の要素。 2. クライアント、援助者間で目標に同意、目標実現のための課題を設定。 3. 課題を実行し、契約の上で設けた面接時に実行された課題の再検討と課題の発展。 4. 課題達成のためのツールとしてモデリングやリハーサルなどを行なう。
不適切なケース	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病的恐怖症や精神生理学的問題。 2. 介入をまったく望んでいないか、問題を自覚していないクライアント（真の合意が得られず、契約が成り立たない）。 3. 家族危機…短時間の間に生じる新たな問題への対応が、時間制限による計画と実行において困難。 4. 了解不能なクライアント（合意が取れない）。
アプローチの限界	<ol style="list-style-type: none"> 1. 対象は処遇の動機づけが比較的高く、重大な精神病理性を持たないクライアントに限定。 2. 自ら援助を求めるクライアントは限定されており、適用対象に限界性。 3. 生活状況での具体的な問題解決の行動化を望まず、情緒的な共感・理解を求めるクライアント。 4. 心因性や運動性などの特定の健康状態を変えることを望むクライアント。 5. 長期間の関わりを必要とする施設での処遇を受けているクライアント。

（出典：ドエル・マーシュ 1995；Reid 1996 “Task-Centered Social Work” pp.633-635；伊藤江 2001『ソーシャルワーク実践と課題中心モデル』；芝野 2005『課題中心ソーシャルワーク』p.99-101 を元に大橋定明が作成）

しかしながら課題中心アプローチは、問題を持つ個人がその問題に対する自覚に欠け、あるいは解決に向けた意欲や動機の乏しさのために、その個人と直接に援助契約を交わすことは無理であったとしても、個人を取り巻く関係者に対するアプローチは可能としている。例えばアルコール依存症患者の家族に対して、患者への家族の態度や行動をシステム的な家族ダイナミクスを利用して変容を促すことを目的とした援助介入に際して、このモデルを用いる可能性である。しかし一方で、このアプローチは個人の行動のダイナミクスに向けて自己覚知を促す方法をあまり採用しないとしている。この点で、課題中心アプローチの理論的整合性は、疑問が残っている。

1. 4 ソーシャルサポートネットワークアプローチ

配偶者やその他の親族、友人などによって提供される心理的・情緒的サポートや、金銭的・物的なサポートは、個人の健康やストレスの緩和に効果的で、ウェル・ビーング（Well-being）の向上に貢献するとされる（Cohen & Wills 1985）。Holakan, Moos その他（1996）は、リウマチ性関節炎の女性患者への配偶者のサポートや、中高年の問題飲酒者に対するインフォーマルサポートが、問題の取り扱いに対する再評価に向かわせ、解決のための情動的探索や援助を求める行動が向上して、病気に対する悲観的観測が減少したと報告し、個人のストレスへの対処反応に対してソーシャルサポートなどの社会資源が関与することによって、個人の回復力の獲得や、個人的成長に効果をもたらすと指摘する。また、Roger, Anthony その他（2004）は、地域精神保健サービスを受けている 141 名の精神障害者に対する量的調査の結果、家族や友人などからサポートを受けているという認識のレベルが高いと、精神障害者の自己尊重や生活の質、そして症状の軽減のレベルが高まるという、その相関が統計的に有意であったと報告する。

ソーシャルサポートには、個人の能力や価値に対する評価が低下した際に、傾聴や共感、再保証などの手法を用いて個人の自己評価を再び高める自己評価サポートや、何らかの役割を付与することによって、社会的に意味のある地位を提供する地位サポート、個人にとって必要な情報を提供する情報のサポート、物的・手段的な方法を用いる道具的サポート、個人と行動を共にする、あるいは寄り添ってともに時間を過ごすといった社会的コンパニオン、そして個人が何らかの問題や困難の解決に取り組み、その努力を継続させる動機を励ますモチベーションのサポートなどの種類がある（渡部 1999）。

ソーシャルサポートネットワークアプローチは、家族や友人、職場の上司や同僚などのインフォーマルソーシャルサポートと、専門機関や施設、社会制度などのフォーマルサポートとを意図的に結合させながら、クライアントに対する援助活動を展開することを目的とする（小松 1993）。しかしこのアプローチは、これまで概観してきた他のアプローチのように、直接に個別に働きかけてクライアントの性格や行動の変容・修正や、問題の解決を目指すものではない。どちらかというクライアントが問題に対して洞察や明確化を行わない、その問題や課題の解決に向けて行動を起こしていくプロセスの中で、クライアントの自我や問題解決の動機付けをサポートし、それを強化することを意図する。そのため、ソーシャルサポートネットワークアプローチのみで長期入院患者の問題解決を行なっていくことは難しく、むしろ行動や認知の変容を目的とする他のソーシャルワークアプローチ

に上乗せすることによって、より効果的となる (Macguia 1994). 表 19 がその概要である。

表 19. ソーシャルサポートネットワークアプローチ

ソーシャルサポートの定義	個人が生活している一般的社会環境, あるいは生態環境における積極的な相互作用であり, 個人を取り巻く家族メンバー, 友人, 専門家等によって提供される援助・指導・ケア行為の総称.
基礎を置く準拠枠	1. 心理社会的アプローチ…クライアントが自己の内部と外部の状況の両方に目を向け, 自己と状況との相互関連性について熟考を求める. 2. その他に危機理論・家族理論・学習理論・システム理論など.
ソーシャルサポートの構成	1. インフォーマルサポートシステム (自然発生的に存在する支援システム) …配偶者, その他の親族, 友人, 隣人, 職場の上司や同僚. 2. フォーマルサポートシステム (意図的に作られる支援システム) …サービスやケアの提供者, セルフヘルプグループ, 専門家. 5. 社会制度化されているシステム…専門機関, 施設の専門職.
ソーシャルサポートの機能	1. ストレスを減少させたり健康を増進したりすることによって, 直接影響を及ぼす機能. 2. ストレスから不健康がもたらされるのを緩和する機能.
ソーシャルサポートの種類	1. 情緒によるサポート. 2. 評価によるサポート. 3. 情報によるサポート. 4. 道具的手段によるサポート. 5. 地位によるサポート 6. 社会的コンパニオンによるサポート 7. モチベーションのサポート
ソーシャルサポートがもたらす効果	1. 自己の認識…自他の境界が不明瞭で, 自己についての明確な意識保持が困難なクライアントに対して自己覚知や学習を促す. 2. 勇気づけと正のフィードバック…自己評価の低い, 尊厳の傷付けられたクライアントに対する自己の肯定化と, 自己の価値に対する気付きを促す. 3. ストレスに対する保護…ソーシャルサポートシステムは本質的に保護的な装置. 4. 知識, 技能, 資源…例えばセルフヘルプグループは, 情緒的サポートや共感と理解などの他, 知識, 技能, 資源を供給する重要な要素. 5. 社会化の機会…他者との相互作用によって社会機能の向上と社会的孤立を防止.
ソーシャルサポートネットワークアプローチの枠組み	1. 個人ネットワーク法…クライアントがインフォーマルサポートシステムやフォーマルサポートシステムと現に結んでいる関係を焦点化し, それを強化・復活・新たな関係の樹立. 2. ボランティア連結法…ボランティアを育成し, クライアントに結び付けていく. 3. 相互援助ネットワーク法…共通の問題, 関心, 背景を持つ個人の組織化を図る. 4. 近隣地区援助者法…地域におけるインフォーマルな援助者 (中心人物) を援助活動に参加・協力させることを通じて, 近隣地域のサービス改善を図る. 5. 地域活性化法…地域における指導者を中心とする特別委員会・討論集会を通して, 地域サービスの改善を図る.
特別な介入モデル	1. ネットワーク介入アプローチ. ・他の精神療法による効果が乏しい, 極度の機能不全家族に限定. ・クライアントを取り巻く家族・友人・同僚などのネットワークメンバーを利用 ・限定的な回数の全員参加の会合を経て, 治療的な一体感と問題の打開を図る. 2. ケアマネジメントアプローチ ²⁰ .

²⁰ ソーシャルサポートネットワークでは通常, ソーシャルワーカーがクライアントを取り巻く環境の中での人的・物的資源による, クライアントへのフォーマル・インフォーマルな支援の関係の樹立を目指して, そのネットワーク形成を行なう. ソーシャルサポートネットワークアプローチはケアマネジメントを介入アプローチの 1 つとして採用し, 資源調整をソーシャルワーカーの機能に位置付けている. しかし後述のケアマネジメントアプローチでは, その調整や仲介のためにケアマネージャーという機能を新たに創出し

	<ul style="list-style-type: none"> ・比較的重度の機能不全に対応 ・複数ニーズを持つクライアントにサービス提供していく組織的アプローチ ・専門職資源の調整は、ソーシャルワーカーによって組織化 <p>3. システム開発アプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・比較的軽度の障害か、あるいは狭く焦点化された問題に対応 ・クライアントに対するソーシャルサポートのシステムを開発 ・家族、友人、セルフヘルプグループなどのインフォーマル資源を調整・活用
適合するクライアント	社会的孤立を訴えるクライアント…反応性抑うつ状態、身体的問題、アルコール依存症など。
問題と限界	<p>1. 非現実的期待…ソーシャルサポート介入だけでは深刻な障害や地域問題の解決は不可能。</p> <p>2. クライアントの現実に対する誤った認識。</p> <p>3. 自己評価の低さ…ソーシャルサポートの肯定的メッセージを含む相互関係を、否定的メッセージを伝えるものとして転化する。</p> <p>4. 抑うつ…ソーシャルサポートを建設的ではなく、否定的に受け止める。</p>
ソーシャルサポートに対する3つの障害	<p>1. 引きこもり…低い自己評価、批判に対する恐れ、他人を避け自己を軽蔑、黙り込み、無関心、自己主張せず、助けを求めない。</p> <p>2. 不適切…他者に対する両面的態度や、どこか不適切な行動。</p> <p>3. 不和…自己中心的、猜疑的、無神経。</p>
長期精神病患者に対して	<p>1. サービス継続性が不可欠。</p> <p>2. インフォーマル・フォーマル双方のサポート資源を利用。</p> <p>3. 自然発生的な援助ネットワークと、親戚・知人らによるソーシャルサポートが治療、予防、リハビリテーションに効果的。</p>

(出典：小松 1993『ソーシャルワーク理論の歴史と展開—先駆者に迫るその発達史』pp.171-186；小松 1994『ソーシャルサポートネットワークの動向と課題』pp.241-253；Macguire 1994 “Social Support Systems in Practice: A Generalist Approach” pp.41-53；渡部 1999『高齢者援助における相談面接の理論と実際』pp.49-70；松岡 2005『ソーシャルサポート・ネットワーク』pp.196-198 を元に大橋定明が作成)

ソーシャルサポートネットワークの有効性については、アルコール依存症患者に対するソーシャルワーク援助においてとりわけ強調されてきた。アルコール医療の実践現場では、アルコールに関連する問題の幅の広がり、日常社会生活における質的な影響の大きさのために、医療機関単独での問題解決が困難なことから、他の保健・福祉機関やセルフヘルプグループとの協働が必須となった。この協働関係は、アルコール依存症患者の社会復帰と、再発予防に向けたソーシャルサポートネットワークへとさらに発展していく（大橋 1987）。今日では、ソーシャルサポートネットワークの重要性はアルコール医療に限らず、精神障害者福祉の領域全般における主要な課題となっている。

しかし精神障害者が有する社会的ネットワークは、健常者が概ね 20 人から 30 人ほどの家族および家族以外の者からなるネットワークを有しているのに比べて、4 人から 5 人の大

で、ソーシャルワーク機能との差別化を図っている（Rubin 1987）。ケアマネジャーは、クライアントに対する直接の治療者や援助者としての機能を期待されていない（Intagliata 1982）。そのためケアマネジャーの機能をめぐっては、役割の範囲や役割自体の曖昧さから準専門職とする意見や、ソーシャルワーク機能の一部とすべきとの見解、あるいは、ケアマネジメントはソーシャルワークの周辺領域であって、ソーシャルワークの一部とみなすことは困難であり、むしろソーシャルワークの境界域活動とみなすべきとする向きもあって（太田・秋山 1999）、その評価にあたっては混乱が見られる。

きさにとどまっているという指摘がある (Mitchell & Triket 1980). その要因としては、精神障害者は配偶者を有する割合が健常者と比べて非常に少ないこと、友人とのつながりを作ることが不得手であることに加えて、一般就労につながるものが困難なために、仕事仲間との接触も疎遠となることが挙げられる。このような精神障害者の社会的関係の乏しさは、精神障害者がインフォーマルサポートを得ることを妨げる結果となっている (Horwitz & Reinhard 1995).

その他、ソーシャルサポートネットワークアプローチを検討する際に留意すべき点としては、クライアント自身が問題の認識と解決に向けた現実検討を行なうことが難しく、ソーシャルサポートを受け入れる準備性や動機付けなどが不十分な場合、ソーシャルサポート資源へのアクセスが困難ということである。また、全てのソーシャルサポートが個人にとって有効でないということ、そしてソーシャルサポートシステム自体がその個人を拒否する可能性もあるということも留意が必要であろう。

1. 5 ケアマネジメントアプローチ

アメリカ合衆国における脱施設化の大きな潮流の中で精神科病院から地域社会に退院していった慢性精神障害者が、地域社会での生活の不適応や病状の再発によって精神科病院に逆戻りするのを防ぐために、1970年代からケアマネジメントアプローチのデザインが検討された。Rubin (1987) はケアマネジメントの目的を、①ある時点、ある時間的経過の中で、横断的な諸サービスによるケアの連続性を保障、②時間的経過において、可能なら一生を通じてクライアントのニーズの変化に伴い、各種サービスが広範なニーズに対応するよう保障、③クライアントが各種サービスのバリアをクリアし、サービスを利用しやすくする援助、④サービスがクライアントのニーズに合致しているか、適切な方法で適切に提供されているか、不適切な重複がないよう保障すること、と定義する。そしてケアマネジメントシステムの中核に、クライアントとサービス提供機関との間の仲介や調整、代弁や交渉、契約を行なうキーパーソンとしてケアマネージャーを位置付けている。

ケアマネジメントアプローチには拡大仲介モデル、個人強化モデル、リハビリテーションモデル、フルサポートモデルなどのいくつかのモデルがある。ケアマネジメントの効果について前述の Rubin は、慢性精神障害者の症状、自己評価、社会生活機能、生活の質と生活満足度、家族やコミュニティに対する負担、プログラムコストの6項目について、地域ベースでのフルサポートモデルの方が、施設内処遇と比較して有意に効果的であったと

報告した。Stein と Test (1980) は、14 ヶ月間継続したケアマネジメントモデルに基づく包括的な地域治療プログラムが、対象患者の再入院を大幅に減らして地域生活への適合性を高めたが、プログラムが継続されなかった患者は、病状の悪化によって精神科病院への再入院が顕著に増大したと報告し、包括的地域治療プログラム継続の有効性を指摘する。また Test, Knoedler, Allness その他 (1991) の調査でも、包括的地域サポートケアマネジメントプログラムに従事している慢性精神障害者は、従事していない群よりも高い社会的、能力的機能を示したが、プログラム終了後、その機能は漸減していったとして、継続的なサポートプログラムの意義を報告している。以下で、主だったケアマネジメントアプローチモデルを Robinson (1990) と三品 (2001) の分類をもとに表 20 で示す。

表 20. 慢性精神障害者に対するケアマネジメントモデルの概要

仲介モデル	<ol style="list-style-type: none"> 1. クライアントに必要で利用可能なサービスを仲介し、つなげ、サービス提供間を調整。 2. 特別なサービスに対するクライアントのニーズの調査と入手の確認とその保障。 3. サービスは主に機関の中で提供され、ケース取扱件数は概ね 1 : 40。 4. フォローアップや住居その他のサポートサービスに対する責任は、家族あるいは患者に属する。 5. 軽症のクライアントには有効だが、重度の障害者には効果がない。
個人強化モデル	<ol style="list-style-type: none"> 1. 深刻な精神障害を持つクライアントの社会的問題の解決を目的とする。 2. クライアント固有の潜在能力の使用および発達と、生活に必要な資源への接近。 3. クライアントの力を確信し、成功が達成され、個人的強さが強化される環境あるいは個人を活動的に作り上げる。 4. クライアントが入手できる資源の機能が、その行動を大きく規定する。 5. 地域社会はクライアントの環境改善のための資源ネットワークと捉える。 6. ケース取扱件数は概ねケアマネジャー1人につき 10~25 人の範囲。 7. クライアントの自発性の重視とクライアント主導。
リハビリテーションモデル	<ol style="list-style-type: none"> 1. クライアントの機能不全システムに対応。 2. 最低限の専門家の手助けによってクライアントの選択する社会環境の中で成功し、満足するようになることを指向。 3. マネジメントシステムは個々のニーズを調整するための柔軟さが必要だが、対応とサービスは指示的。 4. クライアントの持つ独特の強さを確認し、豊かにすることに基づく。 5. プログラム計画は、個人目標の達成を妨げる「技術の欠落」の確認と再評価、および目標達成に求められる必要な技術の確認。 6. ケース取扱件数は 1 : 10~25。
フルサポートモデル	<ol style="list-style-type: none"> 1. 頻回入院や社会機能の著しい低下など、深刻な精神障害を持つクライアントが、地域で生活する機能レベルを改善することを援助する、活発で活動的な関与。 2. クライアントの社会生活機能上の対処技術習得、精神医学的管理、地域社会でのクライアントへのサポートを提供。 <ul style="list-style-type: none"> i クライアントの権利擁護、調整、システム計画、モニタリング、具体的援助 ii 援助的心理療法、症状の管理、症状自己管理の教授、疾病教育、危機介入、家族教育や家族との連携・援助 3. 個々のクライアントへのリハビリテーションやサービスは、職業リハビリ療法家・ソーシャルワーカー・看護・精神科医などの 1 つの医療チームとケアマネジャーとによって提供。 4. ケース取扱件数は 1 : 10~25。

モデル間の共通点	<ol style="list-style-type: none"> 1. クライアント中心. 2. ケアマネジメントサービスは、医療機関でよりもむしろクライアントの居住場所で提供. 3. ケアマネジメントサービスの頻度は、ほとんど毎日から1週間に1回の範囲. 4. 核となる機能は、クライアントの確認とアウトリーチ、アセスメント、プランニング、必要なサービスとのリンケージ、サービス給付のモニタリング、クライアントの権利擁護. 5. ケアマネジメントの継続期間の時間制限はない.
各モデルの強調する点	<ol style="list-style-type: none"> 1. 仲介モデル＝機能への結び付け. 2. 個人強化モデル＝相談相手のアプローチと組織的権利擁護. 3. リハビリテーションモデル＝生活技術改良のためのスキルトレーニング. 4. フルサポートモデル＝症状の減少と管理、危機介入.
各モデルを区別する特別な要素	<ol style="list-style-type: none"> 1. 仲介モデル＝地域資源にクライアントをつなげる. 2. 個人強化モデル＝クライアント自身による目標の達成を強化. 3. リハビリテーションモデル＝障壁に打ち勝つために、欠損を改善. 4. フルサポートモデル＝症状の減少と、機能性の改善の試み.

(出典：Robinson 1990 “Choices in Case Management” pp.4-6. ; 三品 2001『ケアマネジメントとケアガイドラインの特徴—ソーシャルワークの視点から「精神障害者ケアガイドライン」を考える』pp.115-119を元に大橋定明が作成)

ケアマネジメントアプローチの目的は、慢性精神障害者の地域社会での日常生活の確立と維持、および生活の質の向上にある。ケアマネジメントでは、この目的のために必要な医療・福祉サービスを利用して、精神障害者の社会的活動の拡がりや日常生活技術の向上、病状管理などによって、再発と再入院を防ぐことを主眼とする。すなわち、主たる対象者はすでに地域社会で生活をしているか、あるいは短期間で再入院の後、再び地域社会に復帰を図ろうとしている慢性精神障害者であって、本論で検討を進めている長期入院中の精神障害者とは、生活の様態や居住の形態、個人の内的な力動などにおいて様相が大きく異なっている。そのため、このアプローチを長期入院患者の退院援助に直接用いることは適当ではないと考えられる。

2. 5つのソーシャルワークアプローチと退院援助アプローチの適合性

これまで、社会福祉援助において有効との評価を受けている5つのソーシャルワークアプローチそれぞれについて、その概要を抽出した。ここからは、精神科病院長期入院患者の退院援助における、方法論的な枠組み形成に適合するアプローチを見出すことを試みる。その作業を行なうに当たっては、まずそれぞれのソーシャルワークアプローチの特徴や強調するポイントを整理することが必要になる。それが表 21 である。

表 21. 6つのソーシャルワークアプローチが強調するポイント

心理社会的アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ・個人と状況と、両者の相互作用からなる「状況の中にある人間」としての認識。 ・処遇の形態はクライアントのニーズを中心とした個別的処遇。 ・処遇の目標は個人のパーソナリティの変化・成長による行動様式の適切化と、個人の適応を促進させる環境の変化。 ・処遇の原則は処遇課程へのクライアントの参加と問題解決への動機付け。 ・クライアントによる内的、相互作用の、環境的問題への洞察と現実認識。 ・クライアントの自発的思考が困難な場合に限定的な指示的手段を使用。 ・目標設定はクライアントが望み、実現可能で妥当と判断できるもの。 ・クライアントの問題や、取り巻く状況の明確化と情報提供。 ・クライアントの受容と支持および換気。 ・クライアントの機能不全や弱さのみでなく、力（Strength）への期待と評価。
問題解決アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ・クライアントと援助者を含む人間と環境との関係性が進展する過程の重視。 ・クライアントが今、困難を感じ、解決を必要とする問題の解決への取り組み。 ・クライアントの問題解決に向けての動機付けと能力と機会。 ・クライアントによる問題の認知と言語化。 ・クライアントの問題に対する内的感情や、問題の原因や結果の明確化。 ・クライアントと援助者間で問題の確認と共有化。 ・問題の部分化と焦点化。 ・当面の問題の選択と、その解決のための短期間での援助。 ・クライアントは問題解決過程への共同参加者。
課題中心アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ・クライアントと援助者との間での、課題達成に向けての合意。 ・クライアントの意見の尊重と動機付け。 ・クライアントの選択する事柄を最優先。 ・目標を実現するために具体的で限定された課題を段階的に設定。 ・クライアント自身による課題の達成と、援助者との評価、再検討、課題の発展 ・短期間での課題達成と援助の終結。 ・課題達成のツールとしてモデリングやリハーサルを使用。
ソーシャルサポートネットワークアプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ・クライアントを取り巻く人的資源による私的・公的な援助行為。 ・ソーシャルサポートは情緒的、評価的、情動的、物的な手段による。 ・サポートのシステムは自然発生的なもの、意図的なもの、制度的なものがある。 ・サポートはクライアントの自己認識や自己覚知を促進。 ・サポートはクライアントの自己肯定、自己評価、自己尊重を向上。 ・サポートはクライアントを直面するストレスから保護。 ・サポートはクライアントに知識、技能、資源を提供。 ・サポートはクライアントに他者との交流による社会化の機会を提供。
ケアマネジメントアプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ・クライアント中心。 ・地域社会での日常生活の維持、確立と生活の質の向上。 ・サービスは主にクライアントの居住場所で提供。 ・サービス提供の頻度はほぼ毎日から週に1回の頻度で、提供期間の時間的制は無い。 ・主となる機能はクライアントの社会的資源への結びつけ、権利擁護、日常生活技術の向上、病状管理と危機介入による再入院の防止。

（大橋定明 2009 作成）

上の表を元に、被調査者たちが指摘した長期入院患者の退院援助上のポイントを比較したところ、概念上の共通点が多かったのは心理社会的アプローチと問題解決アプローチであった。具体的にはクライアントの動機づけ、自己を取り巻く環境への現実認識、問題状況への洞察、状況の明確化と情報提供、クライアントの受容と支持、クライアントの力への期待と評価、問題の言語化と共有化、問題の部分化と焦点化、などの項目である。

心理社会的アプローチでの処遇の技法では、心理的支持、明確化、洞察、直接的指示手続き、浄化と換気などの項目を分類しているが（久保 2005）、これらの項目は被調査者たちがソーシャルワーク介入の際に強調したものである。このアプローチでは、処遇の目標として個人の社会的機能遂行のために必要な自我の変化や成長と、クライアント自身がこれまでの行動様式や判断を再検討することによって、その適切化を意図している。その際には、個人が本来有しているものの、現在のところ低下している力（Strength）の賦活や発揮を期待する。また、面接においてはクライアントの感情を浄化し、換気する必要性を認め、そして、状況の変化やパーソナリティの変容に対する不安や怖れのために、治療や援助を受けることに対する動機付けが困難なクライアントに対しては、援助者がクライアントの心理的内面に介入して意図的な動揺や不安を喚起させることによって、治療・援助に向かわせる動機を高めるという戦略を容認する（Hollis 1960）。これらの点についても、今回の調査では何人かの被調査者が指摘をしていた。

問題解決アプローチにおいても心理社会的アプローチと同様に、クライアントが援助的な介入を求めず、あるいは拒否をしている場合に、援助者の意図的な介入によってクライアントの不安定な均衡状態に揺さぶりをかけ、問題を内包する“状況”に対するクライアントの不快感や、生の感情を喚起するという操作的な手法を認める。そして、精神的、心理的に不安定で自我機能が低下しているクライアントに対しては、自我機能強化のための指導、訓練という指示的な方向付けに妥当性をもたせている（Perlman 1970, 1986）。

被調査者の実践の中では、クライアントと援助者の間で明確にされ、共有化された問題は、解決過程において細分化され、小出しにされる。小出しにされる問題の順番は、クライアントにとって身近で、しかも納得しやすい事柄が優先される。この手法は問題解決アプローチが提案する手法の踏襲である。そして問題の認識とその解決に向けての共同作業のプロセスそのものが、クライアントと援助者との関係性を築くプロセスとなり、その課程において取り結ばれる両者の信頼関係が、ソーシャルワーク援助において極めて重要であるということも被調査者の多くが指摘している。これもまた、問題解決アプローチが尊重するプロセスの重視と合致する。

問題解決アプローチが尊重する、クライアントと援助者を含む人と環境との関係性が進展する過程の重視とは、クライアントが問題解決の進捗において他者と信頼関係を築くことを体験し、クライアントを取り巻くソーシャルサポートの構造化を図る過程でもある。すなわち、この2つのアプローチは、退院意欲の低下した長期入院患者を、退院に向けて

“その気”にさせていくのに適したアプローチといえよう。

課題中心アプローチもまた、クライアントの動機付けを重要視しているが、とりわけ課題達成に向けたクライアントと援助者との間での契約を援助の軸としている。クライアントは契約に際して、自分の取組むべき課題の明確化と言語化、そして課題達成に向けた高い動機づけが求められる。それが認められない場合は、このアプローチにおける援助関係は成り立たない。クライアントに積極的で、主体的な問題解決への取り組みが期待できる場合にのみ、クライアントの選択したニーズを最優先に、課題が焦点化される。そしてクライアント自身による課題に向けた取り組みのステージと、援助者との話し合いと点検のステージを持ちながら援助プロセスが進展する。この一連のプロセス自体がすでに、クライアントに高いレベルでの状況の認識能力と自己決定能力を求めており、課題達成に向けた行動力も必要とする。つまり、クライアントは向こうから援助者の所にやってくるのである。

ところが、被調査者達が対象としているクライアントの多くは沈黙し、孤立を維持している人達である。そのため援助者は、クライアントのところに積極的に出向き、クライアントに不安と侵襲性を与えないよう、注意深く観察しながら信頼関係を形成することに多くの時間と努力を費やしている。ある被調査者が言うように『本人の動機付けに最も時間がかかる』のである。そのため、精神障害者のように自我機能が低下して自己決定に揺らぎが大きく、状況の変化に動揺や抵抗が生じやすいクライアントにとっては、このアプローチの適用は難しいと考えられる。

ソーシャルサポートネットワークアプローチは、慢性精神障害者がその生活拠点を施設から地域社会に移すか、あるいはそれに向けた活動を展開していくときに、物的、心理情緒的な手段を用いて、社会活動の場面、および危機介入的場面において個人をサポートするフォーマル・インフォーマルな機能を作り出し、それらを結びつける際に重要となるアプローチである。

しかしソーシャルサポート自体は、精神障害者が高い動機づけと明確な意思によって、援助者との合意のもとに退院を具体化していく過程で生じる、様々な課題や問題を解決していくプロセスにおいて必然的に求められる機能である。そのことは、回答者の多くが長期入院患者の退院援助を進める際に、重要な要素として制度的資源や施設サービスなどのフォーマルサポートや、人的・情緒的なインフォーマルサポート、そして情動的サポートの必要性を述べていたことから明らかである。つまり、このアプローチのみでは長期入

院患者の退院を促進する要素として機能しない。いわばソーシャルサポートネットワークアプローチは、心理社会的アプローチや問題解決アプローチなど、実践上基礎となるアプローチを行なうプロセスで明らかになった問題の解決への努力を補強するものであり、個人内部の焦点化から始まる援助が、やがて社会・対人的な領域へと焦点を拡大していく過程で採用される補完的な技法、あるいは概念といえよう。

ケアマネジメントアプローチは、その起源が慢性精神障害者の地域社会での日常生活の持続を実現するために開発されたアプローチであり、その目的に添って様々なモデルが開発されてきた、いわば慢性精神障害者の地域生活維持のための実践マニュアル的要素を多く含む。また、医療機関の利用も危機対応時の一時保護的なものに留められ、あくまでも地域生活を基礎にした局面において真価が発揮されるアプローチといえよう。すなわちケアマネジメントアプローチは、長期入院の精神障害者が地域社会での生活に到達した時に、その生活の持続可能性を高め、再入院を防ぎ、地域での生活の質を高めることを目的とする。そして、仮に病状の悪化によって再入院をしたとしても、できるだけ早く地域社会に戻れるために用いられる援助技法と考えられる。

本研究において、ベテランのソーシャルワーカーたちが指摘した長期入院精神障害者に対する退院援助のポイントは、社会福祉実践理論上の概念を多く含んでいた。これらの概念は、日常での援助実践と、その蓄積をふまえて導きだした経験則であるが、この経験則は理論的にも妥当性を持つものであった。彼らはジェネラリストソーシャルワークの機能を踏まえながらも、長期入院患者の退院援助という極めてスペシフィックな役割を心理社会的アプローチと問題解決アプローチの 2 つの理論に基礎を置きながら（意識的か無意識的かは別にして）、クライアントのソーシャルサポートネットワーク構築を目指して実践していることが分かった。

第3節 ソーシャルワーク経験年数による事例評価の違い

本節では、インタビューを行なった実践家たちのソーシャルワーク経験年数に焦点を当て、経験年数による事例評価の相違や援助スタイルの特徴について考察を行なう。

1. 事例評価の特徴

第3章で示したように、精神障害者の退院援助経験を持つ8名のソーシャルワーカーの

経験年数は、約 10 年間の経験者が 3 名、経験 15 年の者が 2 名、20 年以上の経験者が 3 名という構成だった。彼らに対して行なったインタビュー調査では、事例に対してソーシャルワーク援助上の価値が共通点としてみられた一方で、ソーシャルワーク援助の経験年数の多寡によって事例に対する評価や視点に相違がみられた。事例評価の相違をみる方法であるが、8 名に対するインタビューを通して筆者が感じた、それぞれの事例分析の特徴や印象を羅列し、その上で経験年数による事例分析の共通点や相違点を見出す方法を用いた（表 22）。

この表の中で、被面接者たちがほぼ共通して強調しているのは、クライアントと援助者間での信頼関係の樹立である。そしてクライアントと、クライアントを取り巻く物的・人的環境の影響と相互作用を重視し、クライアントの潜在的な力を期待して自己尊重を高めるような援助を指向している。そこでのクライアントに対する視点は疾病中心ではなく、疾病や障害を持ちながらも、クライアントが生活と相互的対人関係を再構成することを中心としており、その生活は自己決定に基づいた主体的なものであることを基本としている。

表 22. 被調査者の個人属性と事例分析・援助上の特徴

性別	経験年数	出身学部・学科	事例分析や援助上の特徴
女性 A	9 年	大学院社会学研究 科社会福祉学専攻 前期課程	この被調査者は、面接における対象理解とアセスメントのためのツールとして「現在・過去・未来」を用いている。この作業は同時に、クライアント自身による状況の認識と、援助者とクライアントとの信頼関係形成の機会でもあることを強調している。このツールは、面接の際に援助者に求められる包括的な情報収集を行なう上で有用であろう。また、クライアントを集団活動に積極的に導入して、患者相互のインフォーマルサポートネットワークの形成を、援助上の重要な柱として位置付けているのも特徴である。
男性 B	10 年	社会福祉学部	クライアントと援助者との個人的な信頼関係作りを主眼にし、面接を繰り返す中でクライアントが援助者に対して安心感と信頼感を託すまでは、退院に向けての試みは行わない。他の患者との関係作りを目的とした集団活動への導入も、一対一の関係優先のため、積極的には行わない。また、クライアントの希望する退院の仕方を優先することで、援助者側の押し付け（パターナリズム）の回避を意識している。援助過程におけるクライアントへの意図的な心理的揺さぶりは採用している。
男性 C	10 年	社会福祉学部	男性 B とは対照的に、当初からクライアントを積極的にグループ活動場面に導入し、その場面を共有する機会を通じて、援助者とクライアントとの関係作りや、患者同士の関係性の拡大を意図した援助スタイルを採用する。クライアントと一緒に動き、遊んで仲良くなり、その機会を通じて、クライアントが入院中の他の患者や退院者から情報をインプットし、自分自身の将来像のモデルとして意識化が出来るのを促す援助スタイルである。また援助者側に対しては、クライアントの変化や意欲をキャッチできる能力と、援助を諦めない援助者の動機の必要性を示唆する。

女性 D	15 年	社会福祉学部	被調査者が強く主張しているのは、クライアントによる自己尊重 (Self Esteem) の重要性である。そしてクライアントの自己尊重を育むのは、同じ障害を持った他のメンバーとの交流や関係を通して、障害を持った生き方が入院生活という場面 (Phase) だけではなく、多面的で多様性があることに気付くことと説明する。また障害を持つ過程で職や家族を喪失するが、逆に、障害を持ったことで新たに獲得する仲間 (Peer) や生き方もあるという気が自己尊重を高め、その実現を援助上の柱としている点の特徴である。
女性 E	15 年	社会学部	被調査者はクライアントとの面接に際して、面接意図をクライアントとの関係に応じて 2 段階に分けている。第 1 段階はクライアントと援助者との顔なじみの関係になることに主眼を置き、クライアントの心理的内面に援助者が触れていっても拒否されないような、クライアントにとっては信頼のできる、援助者にとっては共感のできる両者の関係を目指す。これを経た後、第 2 段階では問題の発見と解決を目指す段階となる。そこで発見した問題の解決可能性を、クライアントと援助者との間で検討し、明らかになった問題をクライアントにフィードバックしながら、解決を具体化していくという手順を踏む。また被調査者は、援助プロセス全体に対する見通しと、援助上での柔軟な軌道修正を行なう必要性を強調しており、これが被調査者の援助スタイルになっている。
男性 F	20 年	社会福祉学部	事例中のクライアントの心理的・感情的な力動や行動面での逸脱については、クライアントを取り巻く環境や人間的な関係と、クライアントとの相互作用に注目して仮説化し、その上で援助計画を立てて実行するという手法を用いている。そして、クライアントの潜在的な力の存在を確信して、その賦活化を期待し、それが実現するような体験外泊や、作業療法への参加などの援助プログラムの提供と、面接によるネガティブな諸感情の浄化 (換気) を意図している。また持続的な心理的サポートの必要性と、クライアントの問題解決に対する動機づけを重要な要素としている。
女性 G	22 年	社会福祉学部	この被調査者は、長期入院化の背景にはクライアント自身の病気のとらえ方と、治療及び服薬の必要性の理解が要因になっており、これらの要因に対する自己洞察の度合いが、退院援助のポイントとなると指摘する。そして、現在行なっている援助行為の、全体の援助プロセスの中での位置付けと、それがクライアントに及ぼす影響についての理解と、援助の俯瞰的な見通しを持つことの重要性を指摘する。これは、援助の方向性がある場その場の状況によって軸がぶれることを防ぎ、援助に一貫性を持たせることに役立つ。不安についても、クライアント自身の不安と、家族や援助スタッフの不安との二重構造として捉え、家族やスタッフの持つクライアントへの不安が、クライアントの退院への道を一層遠ざけてしまう可能性を指摘する。そして、クライアントに対する肯定的な評価や期待によって、クライアント自身の自尊心の回復と自己評価を高めることが重要なポイントとする。また、クライアントの拒否に際しては、援助者側の無意識なパターンリズムに対する、自己点検の必要性を示唆している。そして、援助者によるクライアントの内的部分への意図的な介入と、場合によっては対決 (Confrontation) によるクライアントの力動的変化を認めている。

女性 H	26 年	社会学科, 社会福祉専攻	この被調査者も、クライアント自身の長期入院に対する感情や、長期入院化の中で形成された心理的状态に対するアセスメントを基準にしている。そして、長期入院精神障害者の退院援助に対する、援助者側の意味付けや価値観を重視するとともに、退院後のクライアントへの、継続した日常生活支援についても明確な意味付けを行なっている。ソーシャルワーク実践上のポリシーが出来あがっているという印象である。また、援助過程全体への見通しと、今行なっている援助行為が全体のどの位置にあり、クライアントにとってどのような意味を持つのか？ということの把握や、援助デザインを強調する点も特徴であろう。長期入院化に伴う、金銭の自己管理能力などの生活技術の低下に対しては、リハビリテーションの必要性を述べるとともに、能力低下を補うサポート（依存的な内容を含む）提供の必要性を指摘する。援助プロセスのすべてが段階的に進行するものではないとしたうえで、その座標上の位置の把握は必要であるということ、そして援助行為は、クライアントにとって脅威をもたらす自我への意図的な介入を時に含むが、一方、援助そのものがクライアントの疾病と長期入院によって促進された自我機能の弱さを暴露し、一層不安定にさせるリスクを持つことについても言及している。
------	------	--------------	---

クライアント援助に対するこの立ち位置は、ジェネラリストソーシャルワークにおいて重要とされている、人間関係と社会生活との内的・外的環境との相互関連性の中で全体的把握をおこない、利用者自身の可能性と、環境が持つ潜在的能力の開発と可能性に期待して、それに共生しながら利用者主体の原則で援助行為を行なうことに価値をおくソーシャルワーク実践と合致する（大田・秋山 1999）。被調査者の大半が学問的基盤を社会福祉に置くことを考えると、この傾向は理にかなったものといえよう。

2. 経験年数による相違

次に、被調査者の持つソーシャルワーク実践の経験年数の違いが、その事例分析・援助スタイルに特徴を持たせているかどうかを比較検討してみる。

経験年数が 10 年前後の被調査者達のクライアント援助での特徴は、クライアントとの信頼関係を取り結ぶためのアプローチを重視する点にある。被調査者である女性 A は、アプローチの具体的手段としての面接の中で、「過去、現在、未来」という面接上のキーワードを用いながらクライアントとの信頼関係の樹立を目指す。

男性 B は、信頼関係樹立のためにクライアントとソーシャルワーカーとの 1 対 1 の関係を尊重し、そこで得られたクライアントの“安心感”と、クライアントから“拒否されない”関係性の中から、クライアント自身の自発性の回復を期待している。

一方男性 C は、クライアントに対する意図的で個人的な介入によってクライアントの不安と拒否を招くリスクをできるだけ避けるために、当初からクライアントを積極的にグループ活動へ導入し、グループ活動の中でソーシャルワーカーや他のメンバーとの信頼関係

を緩やかに築いていくことを基本とする。三者のクライアントに対するアプローチの仕方には、それぞれの違いはあるものの、被調査者が共通して強調していることは信頼関係の樹立である。

経験年数 15 年の被調査者は 2 名いた。その内の女性 D は、クライアント自身が持つ障害観そのものがクライアントを自己否定的な方向に導くことに注目し、その修正が障害を持ちながらの生き方の多様性をクライアント自身が知ることによって図られ、それが自己尊重と障害観の転換につながることを確信している。

女性 E は解決を必要とする問題を仮説化し、それに基づく援助デザインの設定と、ソーシャルワーカーによるプロセス全体への見通しの必要性を強調する。そしてソーシャルワーカーとクライアントは、問題や課題に対する評価の相互のフィードバックによって力動的な関係が維持され、そのプロセスでは、クライアントの回復イメージや援助デザインが柔軟に修正されることを認めている。彼らに共通する特徴としては、ソーシャルワーク経験や援助実践を通じて、クライアントとの信頼関係という実践上極めて重要ではあるが、一面ミクロ的な部分から、ソーシャルワーカー自身の独自の障害者観や援助上の価値観という、メゾ的な部分に思いが到っている。

経験年数が 20 年以上の 3 名に共通しているのは、援助初期段階でのアセスメントに基づく援助計画の策定と、援助課程全体を見渡す俯瞰的視点である。クライアントに対する援助行為が、ソーシャルワークプロセス全体の中でどのような位置付けと意味を持たされているのかを把握し、それがクライアントに与える影響を理解した上で援助を構造的にデザインすることによって、援助行為全体に一貫性を持たせることを目指す。

男性 F は、クライアントの感情や行動は、彼を取り巻く環境からの影響によって特徴付けられるという視点に立ったアセスメントと、援助プロセスにおける援助者による心理的サポートの重要性を指摘した。

女性 G は、クライアント自身の疾病理解が入院期間の伸展を左右するポイントであることを前提として、援助プロセス全体の俯瞰的見通しに立った援助プランをデザインする必要性を指摘する。

また女性 H は、クライアントを長期に入院させてしまった精神病院の歴史的、社会的責任性を踏まえた上で、援助者がクライアントの退院後の社会生活を包括的に支援していく必要性を強調している。そこではクライアントへの援助を軸にしながらも、クライアントと精神科医療、そして地域社会生活との構造的関係を包括的に捉えた巨視的視点が認めら

れる。

経験年齢での比較をまとめると、ソーシャルワーク経験が10年前後では、クライアント援助上の関心が信頼関係の樹立に対して向かう傾向があるが、15年の経験者になると、信頼関係を踏まえた上での援助デザインに立った全体的な見通しの必要性とともに、障害観、人間観への関心の広がりが見られる。さらに20年以上の経験者では、クライアントを取り巻く精神科医療・福祉の全体的、構造的・問題状況の把握と認識に意識が及んでいる。限られた調査件数だけで結論付けることは困難であるが、ソーシャルワーク援助の経験年数が援助者の関心や価値に与える影響を、部分的にでも知ることができたと考える。

第4節 まとめと今後の課題

ベテランのソーシャルワーカーたちが指摘した、長期入院精神障害者に対する退院援助のポイントは、社会福祉実践理論上の概念を多く含んでいた。これらの概念は、日常での援助実践とその蓄積を踏まえて導き出された経験則であるが、この経験則は理論的にも妥当性を持つものであった。彼らは、ジェネラリストソーシャルワーカーとしての機能を踏まえながらも、長期入院精神障害者の退院援助という極めてスペシフィックな役割を、主に心理社会的アプローチと問題解決アプローチの2つの実践理論に基礎を置き、ソーシャルサポートネットワークアプローチを応用しながら実践していることがわかった。

注目すべき点は、心理社会的アプローチが19世紀イギリスの慈善組織協会に起源を置く伝統的なケースワークを継承しながら、クライアントと環境との相互作用に対する詳細で厳密な理解の上で、診断と処遇を決定していることである（Hollis 1965）。つまり心理社会的アプローチは、予診（Intake）、調査（Study）、診断（Diagnosis）、治療（Treatment）のプロセスが重視される診断主義的アプローチであり、医学モデルに分類される。

問題解決アプローチもまた、Perlman自身が述べているように『問題解決モデルの構造と原理が、フロイド派の確立した精神力動的“診断”から革新的に出発した』（Perlman 1986 p.245）ソーシャルワークアプローチである。問題解決アプローチでは、クライアントが援助者に対して何を期待しているのか、そのニーズは何なのかを的確に診断した上で、クライアントが自分の問題を適切に扱えるよう、その自我を強める方向に導き、クライアントがケースワークサービスやその他の公的機関と関係を作るのを可能にするべく評価を行なう（Perlman 1986）。つまり問題解決アプローチの手法もまた、医学モデルの範疇に属するのである。

近年、医学モデルは生活モデルと対比して否定的に語られることが多い。すなわち、生活モデルに立脚するソーシャルワークは、「人と状況との全体関連性」の視点に立って、障害者の障害をその人の個性と捉え、個人の生活支援と統合的な社会参加を主目的とする。しかし旧来の医学モデルでは、障害を精神病理的な個人的な問題として捉え、個人のネガティブな現象を焦点化してその除去や、あるいは解決を図るものとして語られる（門屋2001）。表23が医学モデルと生活モデルの比較表である。

表 23. 医学モデルと生活モデルの比較

医学モデル	生活モデル
疾病、障害、病理、問題などのネガティブで特異な現象に焦点を当てて、除去、解決する方法	疾病、障害、問題を抱えた人、解決困難、持続的、慢性的な課題を抱えている人として理解し、生活のしづらさを多様な資源（サービス）によって補完する
調査・診断・治療・処遇・評価	人と状況・環境の全体関連性、人と環境の相互・相補的關係
パターンリズム	自己決定、インフォームド・コンセント、インフォームド・チョイス
ステップ方式	パッチ方式（つぎ当て）
社会復帰	社会参加
教育・訓練	体験・試行錯誤
専門的・権威的	素人的・市民的・消費者
画一的・硬直化・一方向	柔軟・個別・臨機応変
世話・依存・受身・脱緊張	利用・自律・自立・主体
失敗回避・過渡的放置	危険のない失敗・失敗からの学び
Patient → Client → User → Consumer	

（出典：日本精神保健福祉士協会編（2001）「精神障害者のケアマネジメント」 p.40）

しかし、心理社会的アプローチと問題解決アプローチについて行なった詳細な検討では、上記の表で示しているような医学モデルの概念規定は見出せなかったばかりでなく、むしろ生活モデルの中に示されている事柄のほうが多かった。事例を用いた調査でも、被調査者の多くが、心理社会的アプローチや問題解決アプローチが強調する概念や価値を、長期入院患者の退院援助という局面でソーシャルワーク実践に取り入れていることが明らかになった。

では、なぜ医学モデルがこのような批判的な視点で評価されているのだろうか。その理由として、診断主義的ケースワークが権威主義的な精神医学と混同され、さらに精神医学・精神医療が精神障害者に対して行なってきた制限的・抑圧的処遇に対する批判が、混同されたままの診断主義的ケースワークに対しても向けられてしまったためではなかろうか。

しかしこれは筆者の仮説の範疇であり、妥当性を持った医学モデルと生活モデルの分類

には今後の研究を待つ必要がある。しかし本研究で明らかになったことは、心理社会的アプローチや問題解決アプローチは、長期入院患者の退院援助というスペシフィックなソーシャルワーク実践にとっては、現在も有効で価値のあるアプローチだということである。そして、実際に長期入院患者の退院を援助していく上で必要なポイントも明らかになった。それらは以下の10項目である。

- ①援助者は、長期入院患者の家族に患者の退院先としての役割や、患者の扶養を期待しない：家族は患者の入院が長期化する課程ですでに高齢化しており、患者を扶養する能力が低下している。そのため、援助者が家族にその期待を持ちつづけることは、結果的に患者の退院を遅らせる。
- ②援助者は、患者との間に友好で支持的な関係を取り結ぶことに努める：施設内の環境と関係の中で一定の安定を図っている患者に対して、侵襲性を感じさせず、拒否をされない関係性を築くことが重要である。
- ③援助者は、患者の様々な内的感情を引き出し、それを言語化させる：患者の感情に共感ができ、その感情を共有化することによって、患者の信頼を得ることが可能になる。
- ④援助者は、患者自身が自己の感情を洞察することによって、状況の理解と問題の明確化を図るのを手助けする：ただし、洞察は患者に対して自分の病気や、障害に対する客観化とその受容を求める。そのため、障害受容に対する患者側の否認や、援助者に対する拒否の感情が生じることがある。
- ⑤援助者は、明らかになった問題の解決に患者が取り組む、そのための動機付けを行なう：問題解決を行なっていく動機の持続には、援助者の心理的サポートと、同じ障害をもつ仲間の励ましが有効となる。
- ⑥援助者は、問題に対する解決可能性（実現可能性）の検討と問題の細分化を行なう：患者にとって理解しやすく、その解決に取り組みやすいようにするために問題を細分化し、手近なものから取り組むようにする。
- ⑦援助者は、患者が問題解決のプロセスを体験し、その成果を得ることによって、患者に自信と力（Strength）がもたらされることを知る必要がある：援助者は、患者が潜在的に力を持っていることを確信してその力を発見し、その力を患者や患者を取り巻く関係者に伝え、評価する必要がある。
- ⑧問題は患者と援助者との間で共有化され、その解決にあたっては両者による共同と役割

分担が行なわれる：患者と援助者とが共同で一緒に取り組んでいくという原則と姿勢が、ソーシャルワーク援助そのものを特徴付けるものである。

⑨患者が問題解決のプロセスで出会う、他の社会的機関のスタッフや同じ障害を持つメンバーは、患者に対するソーシャルサポートを提供し、ネットワークを形成する：援助者は、患者を取り巻くソーシャルサポートの重要性と、その中で自己尊重が育まれることを認識する必要がある。

⑩援助にあたっては、援助者側の価値観が押し付けられることなく、患者の自己決定が尊重された上で、援助プロセスの全体的な見通しを持って行われる必要がある：援助者は援助行為の、全体の中での位置付けと意味を把握し、俯瞰的で柔軟な援助をデザインしなければならない。

筆者は、精神病院に入院する慢性精神障害者の退院促進に効果的なソーシャルワークアプローチの特定を試み、その目的は一応達成されたと考える。しかし課題も残された。それは、精神障害者の退院援助や地域生活支援を行なうソーシャルワーカーの教育・研修の課題である。本論の被調査者達は、長期入院患者の退院促進において重要と考えられるソーシャルワークアプローチの主要な概念を、実践活動の中に取り入れていた。しかしそれは、たまたま今回の被調査者達が多くの経験と時間を重ねる中で気付き得たことであって、すべてのソーシャルワーカーが、ベテランワーカーと同じように実践できるものではないかもしれない。

渡辺（2002）は、介護保険のケアマネージャー160人を対象にアンケートを実施したところ、約7割が対象者との相談面接の技術に不安を持っていたと報告する。ソーシャルワーカーにせよ、ケアマネージャーにせよ、その対象者と信頼関係を結んでニーズを拾い出し、その充足と問題解決を図っていく上で、主要な技術は面接技術である。その点で、本論の中で抽出された、長期在院患者の退院援助のための重要な要素が、同様の業務に携わるソーシャルワーカーの共通のものになるための、教育・研修についての検討が今後の課題であろう。

第2部 地域社会で生活する精神障害者の生活・リハビリテーションニーズの把握と実現を可能にすることを目的とした実証的研究

第1章 精神障害者地域リハビリテーションプログラム実践の可能性

はじめに

第1部では、精神科医療と法制度の歴史を振り返りながら、入院精神障害者の現状と課題について検討してきた。精神科病院に長期間入院している精神障害者を地域社会に帰していく試みは、精神科医療の中心的課題であり、医療機関が中心となって積極的に取り組まねばならない。その一方で、地域社会で生活を送っている精神障害者の再発防止と生活の維持、そして生活の質的内容の向上もまた、援助者にとって重要な課題である。

そこで第2部では、在宅精神障害者援助の取り組みの現在の状況と今後の課題について考察を行なっていく。まず第1章は、地域の精神障害者の多くが利用し、彼らの生活上の支援的役割を担っている通所授産施設について、その機能と援助実践が基礎を置く理論的根拠に焦点を当てて論ずる。

第2章では、第1章で明らかにした理論に基づいた地域リハビリテーションの教育トレーニングを、通所授産施設のスタッフに対して試行的に行なった結果について検討し、考察を述べる。そして第3章では、通所授産施設の利用メンバーが持つ具体的なニーズを把握し、そして援助スタッフがメンバーに対して必要と考えるサービスの内容を知るべく、利用メンバーと援助スタッフの双方に行なったリハビリテーションニーズの量的調査の分析を行ない、その結果に基づいて、精神障害者小規模授産施設が利用者に対して果たすべき今後の課題について提言を行なう。

第1節 精神障害者小規模通所授産施設の発展過程における理念の変遷

1. 生活支援理念とその影響

わが国の精神障害者の地域生活援助サービスの領域で、大きな影響力を持つと考えられる「生活支援」理念は、谷中（1980, 1987, 1993, 1996）が提唱した。谷中は当初、精神科病院の中で患者グループを運営していたが、やがて地域に活動を移し、やどかりの里という施設を拠点にして精神障害者の地域生活の実現に尽力した。谷中は、精神障害者を患

者ではなく生活者として位置付け、その上で生活支援を、「生活のしづらさ」を持つ精神障害者の「ごく当たり前の生活」の実現を目指すものとして規定した（谷中 1996）。

やどかりの里は、精神障害者自身による仲間作りと仲間同士の支え合いを活動の基本原則にしたグループ活動を中心に（谷中 1980, 1993, 平野 1993, 菅原・諏訪・志乃・その他 1993）、住む場（グループホームや援護寮）、働く場（通所授産施設や生活支援センター内の喫茶・給食部門など）、生活援助サービス（入浴サービスや給食サービス、ホームヘルプサービスやイブニングサロンなどのたまり場提供）、相談事業（年金や就労相談、24 時間電話対応や生活相談など）、危機対応（緊急時のショートステイ）、社交交流（コンサートやクリスマスパーティなどの各種イベント）、家族会支援などのサービス提供を通じて、精神障害者のソーシャルサポートシステム作りを行なっている（谷中 1996, 1999）。そして今日、在宅精神障害者の生活援助の中心的な担い手である精神障害者小規模通所授産施設（以下、通所授産施設）もまた、「生活支援」を活動の基本理念にしている。

通所授産施設は、当初は職業訓練と授産が活動の中心だった。そして、法外施設であった時代から精神障害者家族会や民間団体を主な設立主体に発展を続け（住友 2000）、1995 年以降は全国で毎年 100 カ所以上の増加を続けており、地域で生活する精神障害者の行き場所、居場所としての役割を期待されている（渡嘉敷 1998）。

数的な拡大とともに、通所授産施設の活動は「生活支援」という基本理念の影響を受け、やがて自主製品作りと市民への販売、在宅高齢単身者への給食サービスや高齢者世帯の家事援助サービスなどへと活動を多様化していった。そのプロセスは、精神障害者自身の役割をそれまでの一方的なサービスの受け手から、サービス提供者へと転換させていく。同時に、精神障害者と市民との日常的な接触を通じた精神障害者の社会参加への取り組みが、次第に通所授産施設の活動の柱となってきた（寺谷 1994, 2001）。そして、精神障害者の自己実現と社会的自立を目指した多様なプログラムの提供を利用者に行ない（田中 2000）、現在その活動は、精神障害者の共同住居やグループ就労、社会生活技能訓練などのサービスにも及んでいる（吉塚・木村・大友・その他 1997；妹尾・箕原・伊野波・その他 1998；北岡・青木・笠井・その他 2003）。

ここで言う生活支援理念は、単なる生活の支援とは異なる。すなわち、知的障害者の日常生活の様式や条件を、社会の普通の環境や生活方法にできるだけ近づけることを目的としたノーマライゼーションの原則（江草 1986）の中で強調されている¹⁾ 当たり前の生活の実現と、障害者が自立生活を行なう上での環境的要因の重要性に着目して、セルフヘルプや

脱医療化を主張した自立生活運動 (Barns, Mercer & Shakespeare 1999) がいうところの、その人なりの生活の実現を併せ持った、自己決定を尊重した地域生活の実現を目指す環境改善中心の支援活動である。そこでは個人の生活を支えながらも、セルフヘルプや地域のソーシャルサポートネットワークの構築を展開している (藤井 1999, 2004)。そして谷中 (1996) は、生活支援の原則として 18 項目 (p.53-113) を示した (表 24) ²¹。

表 24. 生活支援理念の原則

番号	タイトル	具体的内容
①	多様な選択肢	クライアント自身が自分で選んで、自分で決定できるということ。
②	当事者中心の支援	クライアントの価値観や、その人なりの生活をそのまま認めて受け入れ、その枠組みを大切に、継続的に必要とされるときに必要な支援を行なう。
③	当事者の主体性の促し	クライアントが具体的に何を望み、そのために何から手をつけたらよいのかを、クライアント自身が考えて決める。
④	目標の設定	長期的な計画と当面の課題としての短期的な計画、そして長期的計画を実現させる具体的な方法としての中期的計画を、クライアントと援助者とが共同で作成し、一定の期限ごとに計画の変更や修正を行なう。
⑤	共同して作戦を練る	具体的な目標達成のため、クライアントのニーズを明確にし、必要な資源や条件づくりに向けた会議を、目標達成に必要なすべてのメンバーを招集して開催する。
⑥	試みと修正	クライアントが、自分の力量を覚知しつつ現実への対処能力の獲得につなげるため、いろいろな機会に挑戦し、無理があればいつでも修正可能であることが重要である。
⑦	当事者のありのままを受容	指導・訓練ではなく、クライアントが困っていることについては周囲が補い、弱点や苦手とする部分は補強して支える。
⑧	一定の目標達成期間を設ける	その人なりの人生の計画を、一定の期間を区切って振り返りつつ、新しい目標の設定を常に行なうことを可能にする。
⑨	仲間の支援	ピア (Peer) が持つやさしさや気配りは、仲間同士が発信しあう情報の中で、癒しと再生の力となる。
⑩	当事者を取り巻く周りの人々への支援	クライアント自身が、周りの人を必要な時に資源として利用できることが重要。
⑪	能力の開発	クライアントの健康な部分に注目し、クライアントがすでに持つ力を発見してそれを引き出すとともに、その力を発揮できる場面を提供することが必要。
⑫	資源の開発	必要な資源は自ら生み出す。
⑬	持ち味の発揮	誰もがその人なりの持ち味を持っていることを認め、その持ち味がどこで発揮されるかを考え、それを生かせる場や機会を提供することが必要。
⑭	自分にしかできないということ	病気の体験や、病気の体験を通じて経験した事柄を、病気でない人や、まだ経験をしていない人に伝えていくこともクライアントの能力の 1 つと考える。
⑮	当事者の家族への支援	家族自らの癒しと再生 (家族自身にとっての自分の人生の生きなおし) が必要。
⑯	危機対応	クライアントが危機的状況を何とか乗り越え、安心して日常生活を営めるようにするための支援を行なう。
⑰	会議の持ち方	クライアント個々人の援助計画を、本人、家族を交えて行ない、その結果を基にスタッフ全体の会議を持つ。
⑱	登録と記録	クライアントが生活支援システムを利用するに当たって登録するとともに、公開を原則としてクライアントの援助を記録する。

²¹ 番号の順番は筆者が変更した。

本論ではそのうち、クライアントやその家族に対する直接的な支援項目として、①から⑩までの項目を生活支援の要素として考えたい。

2. 精神障害者の生活支援をめぐる諸概念—エンパワメント、ストレングス、リカバリー

精神障害者の生活支援を考える際に、それを補強するいくつかの概念がある。それらの代表的な補強概念は、エンパワメント理念、ストレングス視点、そしてリカバリー概念である。そこで本項では、これら3つの概念について整理することによって、生活支援の概念的枠組みをより明確にする。

近年、精神障害者福祉領域においては、エンパワメント (Empowerment) がキーワードになっている感がある。「精神障害者のエンパワメントのために…」、あるいは「エンパワメントを目指して…」などの文言が、精神保健福祉士養成のテキストには多く見られる。そのエンパワメントの「パワー」について和気 (2005) は、①自分の人生に影響を行使する力、②自己の価値を認め、それを表現する力、③社会的な生活を維持・統制するために、他者と協働する力、④公的な意思決定メカニズムに関与する力、と定義している。和気は、すべての人間が困難な状況においても潜在的な能力と可能性を持っていると同時に、すべての人間がパワーレスの状況に陥る危険性を持っていると指摘した上で、この理解を前提に、個人と環境との接点場面で生じる困難や問題の解決を援助するアプローチが、エンパワメントアプローチであると述べている。もっとも、ソーシャルワーカーがクライアントのエンパワメント実現のために介入することが、かえって依存関係を増幅してしまい、結果的にパワーレスの状態にしてしまうのではないかと、という指摘もされている (松岡 2005)。

このエンパワメントと対をなすのが、ストレングス視点 (Strength Perspective) と呼ばれる概念である。ストレングス視点の基本的枠組みについては、Saleebey (2002) が明快に述べている。それを要約すると、クライアントは潜在的に広範囲にわたる身体的、情緒的、認知的および対人関係面、社会面、精神面でのエネルギーや資源、適応力を持っており、ソーシャルワークでは、クライアントのストレングスを尊重し、その促進を図ることがクライアントの発達と成長、そして問題解決への動機付けの増加につながる。そしてソーシャルワーカーは、クライアントの協力者として位置づけられる。つまり、ソーシャルワーク援助においては、クライアントの病理性や欠陥よりもむしろ、個人と環境のストレングスの側面に焦点を置き、クライアントと協働してその発見と助長に努めることが問題

解決につながるというものである（小松 2002）.²²

次に、精神障害者のリカバリー概念の概要を Anthony (1990) の記述に基づいて述べる。Anthony によれば、リカバリーとは「精神病患者は病気が治癒していなくても回復することができる」という前提に立ったうえで、障害者個人の態度や価値、感情やゴール、(社会的)技術、あるいは役割が変化する独特のプロセスを指している。たとえ病気ゆえの限界を有していても、満足のいく希望に満ちた人生に貢献する方法といえよう。Anthony はリカバリーを、精神病の壊滅的な影響を乗り越えて個人が成長するように、生活の中で新しい意味づけと目標を作り出すことであると説明する。そして、精神病からのリカバリーは、病気からの回復以上に、偏見や自己決定の機会の喪失、職を持っていないことでの負い目や夢の挫折などからのリカバリーも含んでいる。リカバリーは、自己尊重や障害を持って生活することへの適応、エンパワメント、そして自己決定をもたらすという。

また、Ragins (2002) は、クライアントのリカバリーを促進する要素として、①希望：将来への具体的・実地的で根拠のある明確なイメージを持ち、可能性を信じること、②エンパワメント：役立つ情報と選択肢を提供し、自己対処技能をみがいて、自己決定・情報公開・対等性・役割・援助プログラム作成への参画を勧めること、③自己責任：リスクを負ってもチャレンジをし、依存のパターンを破って自分で自分の責任を引き受けること、④生活の中の有意義な役割を果たす：患者役割を変えることの4点を挙げている。なお、Ragins によるリカバリーの定義には、先に挙げたエンパワメント理念が重要な要素として含まれており、これら3つの概念の相互的補完性を示している。

すなわちこれらの概念は、『その人の自己決定を尊重した、その人なりの地域生活の実現という理念を、多様なサービスを用意して説明と選択による当事者参加の支援活動を繰り返し、自己決定と相互支援を育てつつ実現していく援助方法』（藤井 2004；p.66）である生活支援の概念的枠組みを明確にするものと考ええる。

第2節 在宅精神障害者援助の具体的方法としての心理社会的リハビリテーション

1. 心理社会的リハビリテーションの概念的枠組みと定義

近年、精神科リハビリテーション領域において注目されている実践理論の「心理社会的

²² ここで述べられているクライアントの力の尊重とは、第2章のインタビュー調査においても、複数のソーシャルワーカーが退院援助の際の重要項目として挙げていたものにほかならない。

リハビリテーション (Psychosocial Rehabilitation, 以下 PSR)」は、慢性精神障害者の再入院を顕著に減少させ、彼らのソーシャルサポートネットワークの発展と社会的役割遂行に有効性を持つ (Dincin 1982)。欧米諸国の先行研究によれば、PSR は利用者の「力強さ」の獲得に直接作用して (Stein & Test 1980)、地域生活の維持と生活の質や社会適応の程度、そして自己尊重や生活での個人的満足の向上に大きく貢献することが明らかになっており、日本にもそのプログラムが紹介されている (Test & Knoedler et al 1991; シェパード 1997, 2000; 江間 2005; Rutman 1994; 伊勢田・小川・長谷川 2000; Allnes & Knoedler 1998)。

PSR を実践するにあたっては、サービス利用者の社会的な役割と諸関係の正常化に向けた取り組みにおいて、クライアント自身ができるだけ完全に参加する機会²³の提供を重視する。援助者はクライアントの基本的、具体的なニーズに関心を向け、そのニーズの実現に向けた援助プログラムを通じて、スタッフの権威性や役割の独占を排除しつつ、クライアントとできるだけ対等な関係性を維持しながら、臨床的でない「普通場所」を用いて問題の解決に取り組むことに重点を置く (Rutman 1994)。PSR を一言でいえば、クライアントに対する個別的サービスのための、クライアント中心のアプローチであり、クライアントの包括的なアセスメントと個別の援助計画を策定することを目指すものである (Allness & Knoedler 1998)。

PSR の目標は、精神障害者が精神科病院に不必要な入院をすることを防ぎ (Dincin 1995)、地域での生活技術を発達させることにある (Turkat & Buzzell 1982)。それはすなわち、『精神医学的な障害を持つ者が各自の個別的環境で生活し、学習し、働くのに必要な身体的・感情的・知的な機能を持てるように保障すること』(Anthony, Kennard, O'Brien, et al 1986; pp.249-250) でもある。PSR の定義の代表的なものは以下の通りである (表 25)。

表 25. PSR の定義

アメリカ合衆国 National Institute of Mental Health による定義	
1. PSR とは、長期間、精神疾患を患った人々のためのプログラムの総称。	
2. プログラムは、居住、雇用、対人交流、個人的成長などのニーズを満たすのに必要な個人の能力、技能の強化を目標に設定。	
3. PSR の目標は、自分の人生に相当の自信を持ち、社会で出来る限り能動的、自立的に生活できるよう援助することによって、精神医学的障害を持つ人々の生活の質を向上させる。	
4. プログラム利用は、対象によって短期のことも無期限のこともある。	
患者としてよりも、個人である事を強調。各個人の責任と自己価値の感情を最大にし、リハビリテーション過程での主体性を強化する方法で提供する。	

²³ 具体的には、社会的・個人的関係を豊かにする機会、有意義な雇用や社会生産活動の参加・獲得の機会、最も拘束の少ない居住プログラムに住む機会、日常生活上の多くの事がらを自己決定する機会、個人として認められ、評価されていると感じる機会などである。

国際心理社会的リハビリテーション協会の定義
1. PSR とは、個人が地域で最適レベルの生活を自立して遅れる世に援助するプロセス。 2. プログラムでは、各人が他の利用者たちと一緒に精神保健と社会的能力の目標の達成に積極的に参加するように奨励される。 3. リハビリテーションのプロセスは、参加者の全人格と各自の満足を重視し、居住、社交、レクリエーション、教育、身辺自立などのサービスを提供する包括的なアプローチを追求する。

(出典：Rutman 1994「アメリカ合衆国における心理社会的リハビリテーションの動向」 pp.186-187 を元に大橋定明が作成)

いずれにせよこれらの定義は、精神障害者がその障害による不利を出来るだけ被ることなしに、『ごく当たり前』(谷中 1996) の社会生活を営めることを目指した内容である。

2. 心理社会的リハビリテーションの実践原則

PSR モデルは西欧諸国で幅広い認知を受けているにも関わらず、その知識的骨格を欠いていると言われている (Cnaan・Blankerts・Messinger その他 1988)。その原理の明瞭性の欠如と曖昧さは、異なったサービス提供事業者間でのプログラム内容とサービス提供の非類似性を招いているという指摘もある (Anthony 1977)。

そこで Cnaan とその同僚たちは、その概念的妥当性を立証するため、まず膨大な数の文献レビューによって PSR サービスの提供における 15 の原則を確認した (Cnaan・Blankerts・Messinger et al 1988, 1989)。次に、15 原則の妥当性を立証するために研究者と実践家、そして PSR サービス利用者に対して質問紙調査を実施して統計的分析を行ない、その妥当性を明らかにした (Cnaan & Blankerts 1990, 1992)。それらの原則は、①人間能力の最大活用、②生活技術を身に付けさせる、③自己決定、④ノーマライゼーション、⑤多様なニーズとケア、⑥スタッフの責務、⑦サービスの脱専門家化、⑧早期介入、⑨環境へのアプローチ、⑩環境の変革、⑪無期限の参加、⑫就労を中心に置いた援助プロセス、⑬医学モデルよりもむしろ社会モデル、⑭病理性の強調よりもむしろストレングスの強調、⑮過去の問題よりもむしろ「ここで、今」を強調、の 15 項目であった。

3. 心理社会的リハビリテーションのモデルとプログラム

PSR は前述した概念的枠組みをもとに、多様な実践モデルを発展させた。その典型はニューヨークで設立されたファンテンハウスを始めとしたクラブハウスモデルである (Turkat & Buzzell 1982; Cnaan, Blankerts, Messinger et al 1988)。そして、メンバーの希望する職種への就職や、高校・大学への就学、復学などのニーズに応えるための目標設定 (High Expectancy) モデル (Dincin & Witheridge 1982, Dincin 1995)、慢性的で重度

の精神障害者の再入院を減らして、地域での生活を継続させるために、チームアプローチによる積極的なアウトリーチによって、利用メンバーの住居やその近隣、職場、公園などのコミュニティ内でリハビリテーション活動を行なう集中的事例対応（Intensive Case Management）モデル、あるいは PACT（Program of Assertive Community Treatment）と呼ばれるモデル（Stein & Test 1980 ; Goering, Wasylenki, et al 1988 ; Test, Knoedler, Allness et al 1991; Anthony, Cohen et al 2000; 西尾・伊藤 2003; 大島 2003; 西尾 2004), そして消費者主導（Consumer-Guided）モデル（Rutman 1994; Zahniser 2005）などのリハビリテーションモデルが発達した（表 26）。

表 26. 心理社会的リハビリテーションのモデル

クラブハウスモデル (Clubhouse Model)	スタッフと利用者が共にサービス提供事業所の運営にあたる。利用者は事業所内の様々な業務（ハウスの清掃、修理、一般事務、経理、会報の発行、電話取次ぎ、受付け、記録、ピアカウンセリングなど）の機会を提供され、事業所の食事・喫茶部門、有機農園の運営、リサイクルショップの運営などに利用者が動員される。また、事業所は利用者が過渡的就労や一般の競争的就労に従事するための援助を行ない、住まいを必要とする利用者には、できるだけ拘束的でない、利用者にとって適切な住居を提供するなど、利用者が地域生活を維持する上での必要なサービスを包括的に提供する援助形態である。プログラムサービスは、利用者が望むかぎり、無期限に提供される。
集中的事例対応モデル（Intensive Case Management Model）あるいは PACT（Program of Assertive Community Treatment）	障害の程度が重い慢性の精神障害者を対象に、それぞれの個別の状況に即応した、濃密な支援の継続を目的としたモデルである。特定の施設での一連のサービス提供は行わず、サービス提供は主に対象者が生活する住居や作業所で行なわれ、チームメンバー全体で対象者の精神医学的状況、生活・家族状況や問題、服薬上の問題などを把握して、積極的なアウトリーチによるチームアプローチを行なうのが特徴である。このモデルでの目標は、これらの対象者の地域生活の維持と再入院の防止である。
目標設定モデル (High-Expectancy Model)	利用者は、活動や場面のある水準から、より高い水準場面に移行していくことを目指して（例えば共同作業所から職業訓練プログラム、過渡的雇用や一般就労、あるいは、グループホームから自立的住居など）、スタッフと共同で目標達成計画を作成する。プログラム参加においては利用と進捗の目標を設定し、定期的な評価を行なう。プログラム計画に問題が生じたときは、契約と計画の見直しと新たな目標設定を行ない、プログラムの期間は無期限ではなく有限である。
消費者主導モデル (Consumer-Guided Model)	サービスの消費者が心理社会的プログラムの運営について主導権を持ち、実際の運営主体として、自分たちでプログラムを開発と運営を行なう。そこでの専門スタッフの関わりは最小限か、あるいはまったく無い。このモデルは、消費者が自分たちのニーズと経験に沿って、自分たちのためのプログラムを立案して実行することが最も良いという主張に基づく。

（出典：Stein & Test 1980 “Alternative to Mental Hospital Treatment. 1. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation” p.393 ; Turkat & Bazzel 1982 “Psychosocial Rehabilitation: A Process Evaluation” pp.848-850 ; Dincin & Witheridge 1982 “Psychiatric Rehabilitation as a Deterrent to Recidivism” p.647 ; Cnaan, Blankerts, Messinger et al 1988 “Psychosocial Rehabilitation: Toward A Direction” pp.63-64 ; Goering., Wasylenki., Farkas et al. 1988 “What Deference Does Case Management Make?” pp.272-273 ; Test, Knoedler, Allness. et al 1991 “Long-Term Community Care. Through an Assertive Continuous Treatment Team” pp.240-241 ; Rutman 1994 『アメリカ合衆国における心理社会的リハビリテーションの動向』 pp.193-194 ; Dincin 1995 “A Pragmatic Approach to Psychiatric Rehabilitation: Lessons from Chicago’s Thresholds Program” pp.89-92 ; Anthony, Cohen, Farkas, Cohen 2000 “Clinical care update: The chronically ill case management—more than a response to a dysfunctional system” pp.98-100 ; 西尾・伊藤 2003 「ACT がわが国で必要とされているのはなぜか? : 欧米諸国で行われた効果研究をもとに」

pp.105-108 ; 大島 2003「精神障害者に対する集中型、臨床型ケースマネジメントの効果」 pp.111-115 ; Zahniser 2005 “Psychosocial Rehabilitation” pp.134-139 を元に大橋定明が作成)

PSR 実践では、サービス利用者の社会生活能力を高めることを目的にリハビリテーションプログラムを提供している。それらは、個々のニーズに沿って大まかに 6 つのアプローチに分類される。すなわち、①利用者の生活面での基本的な対処技能上の自立や、基本的なニーズに対応することを目的とした日常生活技能リハビリテーション (Bellack 1989; Allnes & Knoedler 1998), ②生産的な職業活動への参加の準備を支援する職業リハビリテーション (Munich & Lang 1993 ; Turkat & Buzzell 1982 ; Bond & Boyer 1987 ; Barton 1999; Casper, Oursler et al 2002; 松為 2003; 吉塚・木村・大友・その他 1997; 倉知 1998), ③良質で標準的な住居や、準避難的・保護的な住居提供を目的とした住居リハビリテーション (Tessler, Bernstein, Rosen et al 1982 ; Manderscheid & Barrett 1987 ; Pentland, Miscio, Eastabrook et al. 2003 ; 野中 2003), ④日常生活上の自立技能の訓練や、社交・レクリエーション活動の機会を提供する社会的リハビリテーション (Dincin & 1982 ; Stein & Test 1980 ; Bellack 1989 ; Allnes & Knoedler 1998 ; 吉田 2004), ⑤若年・青年期の精神障害者が年齢相応の社会的役割に再統合されるために、高校や大学などへの入学や復学に必要な基礎学力の獲得を目標とする教育リハビリテーション (Dincin & Witheridge 1982 ; Hoffmann & Mastrianni 1992), ⑥プログラム参加の途絶えたメンバーへの積極的なアウトリーチや、再入院防止ミーティング、服薬遵守プログラムなどを提供する特別なプログラム (Dinsin & Witheridge 1982 ; Turkat & Buzzel 1982) などである。これら 6 つの領域は、いずれも個人が社会で生活を維持し、そのウェルビーイングを高める上で重要な要素である (表 27)。

表 27. 心理社会的リハビリテーションのプログラム

①日常生活技能	地域生活のための身辺自立と基本的ニーズ対応サービス:服薬管理, 必要な食べ物や衣類, 住居の獲得, 所得収入確保, 健康と衛生の管理, 身辺の安全確保, 金銭管理, 交通手段の使い方, 洗濯, 掃除, 買い物, 調理, 身支度などの基本的な対処技能の援助。
②職業	社会的にも満足のある生活を送れるために必要な, 生産的な職業上の自信と技能を獲得, または回復するためのサービス: 保護的作業所, 前職業トレーニング (クラブハウスなどのリハビリテーションセンター内及び, そこが所有し運営する喫茶店やリサイクルショップ, 農園などへの従事), 過渡的雇用プログラム (一般就労への橋渡しの役割を持つ, 民間企業での短期間の臨時的雇用), グループ就労 (同一事業所内でのグループ就労や, 公園やビル内のグループ清掃作業への従事), 社会的に有意義なボランティア活動への従事, ジョブコーチング, ジョブクラブ (一般就労を積極的に目指し, 仕事探しや面接テクニック, 同僚や上司と効果的に相互交流する能力や, 問題解決の能力の獲得を目指す) など。
③住居	利用者のニーズに合った, 幅広い多様な住居サービスの提供: ケア付き宿泊所 (専門家

	の積極的参入と個別的なプログラムをもつ）、保護的グループホーム（援助スタッフが常駐している）、援助付き住居（援助スタッフが訪問して生活上の援助をおこなう）、賄い付きの下宿屋（賄い付きか、共同のキッチンがある）、単身アパートなど（住居のタイプは、上から下に向かうにしたがって入居者の自律度が高くなる）。
④社会的（社交・レク・ソーシャルスキル）	対人関係の発達・修復・維持と、社会的活動、余暇活動への参加および社会的ネットワークの発展をめざすためのサービス提供：相互的個人関係の形成と発展や、社会的課題遂行のためのソーシャルスキルトレーニング、調理やスポーツなどの目標指向的クラブ活動、コーチングやモデリング、ロールプレイングなどの手法を用いた個別的問題解決グループ、自治会活動、ボランティア活動、休日や余暇時間の構造的な過ごし方など。
⑤教育	学齢期や青年前期に精神病を発病したことによる就学機会の喪失に対応したサービス提供：高校入学、専門学校への入学、大学への入学・復学に向けた手段的、手続き的準備（必要な基礎学力の獲得、入学書類の取り寄せと作成など）。
⑥特別なプログラム	メンバーのニーズの変化を把握し、対応するための積極的なアウトリーチ、再入院防止ミーティング、服薬遵守プログラムなど。

（出典：Stein & Test 1980 “Alternative to Mental Hospital Treatment. 1. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation” p.393；Dincin & Witheridge 1982 “Psychiatric Rehabilitation as a Deterrent to Recidivism” p.647；Tessler, Bernstein, Rosen et al 1982 “The Chronically Mentally Ill in Community Support Systems” pp.209-210；Turkat Buzzel 1982 “Psychosocial Rehabilitation: A Process Evaluation” pp.848-850；Manderscheild & Barrett 1987 “Mental Health. United State 1987” pp.6-8；Bond & Boyer 1987 “Rehabilitation Programs and Outcomes” pp.241-252；Bellach 1989 “A Comprehensive Model for treatment of Shizophrenia” pp.10-13；Hoffmann & Mastriann 1992 “The Hospitalized Young Adult: New Direction For Psychiatric Treatment” pp.298-300；Munich & Lang 1993 “The Boundaries of Psychiatric Rehabilitation” pp.663-664；Allness & Knoedler 1998 “The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Sever and Persistent Mental Illnesses：A Manual for PACT Start-Up” pp.83-84；吉塚・木村・大友・その他 1997「精神障害者のグループ就労の試行と課題」pp.44-46；倉知 1998「精神障害者に対する職業リハビリテーションの歴史と展望」pp.24-28；Barton 1999 “Psychosocial Rehabilitation Services in Community Support Systems：A Review of Outcomes and Policy Recommendations” p.526；Casper, Oursler, Schmidt et al 2002 “Measuring Practitioner’s Beliefs, Goals, and Practices in Psychiatric Rehabilitation” pp.224-227；松為 2003「証拠に基づいた就労支援」pp.51-53；Pentland, Miscio, Eastabrook et al 2003 “Aging Women with Shizophrenia” p.292；野中 2003「精神障害者に対する住居サービス技術の到達点」pp.57-60；Bellach 1989 “A Comprehensive Model for treatment of Shizophrenia” pp.10-11；吉田 2004「ソーシャルワークにおける SST：PSW が SST に携わる意義と役割について」pp.70-71 を元に大橋定明が作成）

4. リハビリテーションモデルの日本での応用可能性

では、リハビリテーションモデルの日本での応用可能性はどうだろうか？現実的には、サービス事業所内での様々な役割を利用メンバーが担い、過渡的就労やグループ就労などのプログラムを持ち、リサイクルショップや農園、喫茶店の営業や運営にメンバーが携わるクラブハウスモデルが日本の地域実践に応用できる可能性が高いと考える。

ただしクラブハウスには、世界共通の標準プログラムを持つことが定められている。世界クラブハウス連盟は標準プログラムとして、①クラブハウス内の仕事やアウトリーチ（友愛訪問）、②住居提供、③過渡的雇用の創出、④教育プログラム、⑤夜間・週末の社交プログラム、⑥リサイクルショップの運営、⑦フォーラムの開催、を定めている（寺谷 2008）。そのため、日本でこの条件を満たし、クラブハウスとして運営している施設は、東京の JHC

板橋や奈良の寧楽（なら）ゆいの会など数か所に留まる。

しかしクラブハウスを自称していなくとも、クラブハウスの中核的なプログラムのいくつかを取り入れて、利用メンバーにサービスの提供を行なっている通所授産施設は多く存在する。例えば先の JHC 板橋は、クラブハウス以外にも 7 か所の通所授産施設を持ち、それぞれの場所で受託の清掃作業や簡易印刷の受注、喫茶店や食堂の運営、在宅高齢者対象の配食サービスなどの職業リハビリテーションを行なっている。その他グループホームをはじめとする住居プログラム、書道や絵画などのカルチャー講座や、夜間休日のパーティや旅行などの社交・レクリエーションプログラムを実施する（寺谷 1994, 2008）。

谷中を中心に運営するやどかりの里においても、埼玉県内の数か所の生活支援センターを拠点として、職業リハビリテーションプログラムとして授産施設と、住居リハビリテーションプログラムとしてグループホームを複数運営するほか、日常の生活援助としてホームヘルプサービスや、喫茶・給食・入浴サービスを行ない、社交・交流の機会として各種パーティやコンサート、バザーなどのプログラムを実施する（谷中 1996）。これらのプログラム内容やサービス提供における理念については、谷中自身がアメリカ合衆国カリフォルニア州にあるクラブハウス「ザ・ヴィレッジ」との類似性を指摘している（表 28）。

北海道の浦河にあるベテルの家の場合、精神障害を持つ当事者たちによる日高昆布の産地直送販売の起業を皮切りに、介護用品をレンタル・販売する会社を立ち上げ、そして社会福祉法人や NPO 法人を設立して今や地域福祉の重要な担い手となっている（向谷知 2008）。また、精神障害者への住居支援として 6 か所の共同住居とグループホームを持ち、就労支援では製麺、水産加工、農産と販売、委託清掃事業のほか、出版・ビデオ制作、福祉機器の販売・レンタル事業などを行なう。そして、地域交流事業として各種イベントや講演会を行なっている（向谷知 2006）。

表 28. 「ヴィレッジ」型と「やどかりの里」型の比較

「ヴィレッジ」型	「やどかりの里」型
◎利用者と職員によるゴールの確認：共同でプランを開発 ◎相互依存，自助型アプローチ ◎期待度；高い ◎大人と大人の関係 ◎リスクを犯す ◎最小限の投薬，症状是認 ◎能力が中心	◎メンバーとスタッフによる共同作戦 援助プランの作成 ◎相互依存，相互援助，自助型アプローチ ◎期待度；高い ◎ごく当たり前の付き合い ◎試みと修正のくり返し ◎症状があっても生活可能（症状のコントロールは医療に） ◎生活が中心

健全性, 体力, 健康 ◎機能的態度に焦点 (行動する) ◎コミュニティでのサービス	健康的側面, 持味 ◎生活能力に焦点 (支える) ◎地域社会での支え合い
---	---

(出典：谷中 1996「生活支援—精神障害者生活支援の理念と方法」 pp. 214-215 より引用)

その他にも、大阪府枚方市にある NPO 法人「陽だまりの会」は、精神障害者がいかなる場所においても人として尊重され、その自己実現が可能となる地域作りをしていくことを目的に、精神障害者の就労支援として喫茶店と、近隣住民を顧客とした弁当作りと宅配を行なう事業所を運営する。また、居住支援としてグループホームと、精神障害者の日常生活支援を行なうホームヘルプサービスを行なうほか、地域住民との社交交流の機会として、もちつき大会やコンサートなどを実施する（陽だまり 2010）。

これらの活動は、通所授産施設がクラブハウス設置上の厳格な条件を満たさずとも、クラブハウスが行なうサービスプログラムのいくつかを、地域の特性や実情に合わせて応用し、活動を展開する典型的な事例といえよう。

それ以外のリハビリテーションモデルについていえば、集中的事例対応モデル（ACT）は、24 時間対応での医療的危機介入を原則的に含み、クライアントの状態によってほぼ毎日のアウトリーチがあり得る。日本でもこのモデルの試行がいくつか行なわれているが、その実現には精神科医や看護師を初め、作業療法士、ソーシャルワーカーなどの様々なスタッフの参画が不可欠となる。

2005 年制定の障害者自立支援法は、従来の精神障害者通所授産施設を就労移行支援施設、就労継続支援施設、そして地域生活支援事業の 3 つの類型に分類した。就労移行支援施設では、就労に必要な知識や能力の向上を図るために、有期限付きのプログラムによって職場実習などの訓練を行なう。就労継続支援施設は A 型と B 型に分かれ、A 型では障害者を雇用して就労の機会を提供するとともに、知識及び技能のために必要な訓練を提供する。また就労支援 B 型は、通常の事業所に雇用されることが困難な障害者を対象に、就労の機会を提供して就労に必要な知識や能力の向上を図る訓練を行なって、継続的な就労の支援を提供する。地域生活支援事業では、地域活動センターを設置して地域における日常生活の憩いの場とするとともに、創造的活動やしゃかいとの交流促進などの多様な活動を行なう。

このうちの就労移行支援施設で行なう活動が、目標設定モデルの内容とおおよそ合致す

と思われる。施設でのプログラム利用期間を 2 年間という区切りを付けていることも同様である。しかし先行研究では、クラブハウス内での前職業プログラムから一般事業所への過渡的（援助付き）雇用プログラムにステップアップしたクライアントが、過渡的就業プログラムを中断して再び前職業プログラムに戻ることも少なくないことが指摘されている（Turkat & Buzzel 1982）。

また、高校や大学への進学や復学などを目標設定した場合、西欧諸国ではサービス事業所と大学などの教育機関との連携を軸に、入学受験のための教育トレーニングや大学での障害者用にあつらえた特別講義などをサービス提供するが（Hoffmann & Mastrianni 1992）、日本ではこのような連携が行なわれていない。その点で、このモデルに適應できるクライアントの数は絞り込まれることが予測される。

消費者主導モデルは、PSR プログラムの中で消費者（Consumer；利用者自身が精神保健福祉サービスを選択して利用するという意味合いで、消費者と呼称する）が主導的な位置を占め、ピアサポートやセルフヘルプ、病院への患者訪問などを行なう。プログラムはピアとフォーマルシステムとのパートナーシップによって行なわれるが、主導権は消費者にあり、プログラム管理の決定権も消費者が持つ（Solomon 2004）。このモデルによるサービス提供は、利用者に対して生活の質と自己イメージを高め、ソーシャルサポートを提供するとの報告はあるものの、サービス事業所は消費者を雇用し、ピアプロバイダーに対して 8 週間のトレーニング期間を設けなくてはならないとされる。トレーニング内容は、ピアカウンセリングアプローチのトレーニングとレクリエーション的活動、権利擁護サービス、セルフヘルプグループの組織化などである（Zahniser 2005）。

日本においてもピアカウンセリングや、ピアが小学校へ出向いて、精神障害者の日中の活動場所や活動内容を紹介する出前授業、市民対象に精神障害者が体験談を語る主張講座などの実践が行なわれている。しかし基本的には、ピアはボランティア参加である。そのため、通所授産施設に対する低廉な補助金額とマンパワー面の乏しさを実情にもつ日本においては、このモデルを積極的に取り入れることには困難が伴うであろう。

すなわち精神障害者通所授産施設においては、モデルの採用というよりも、リハビリテーションプログラムの内容を利用メンバーのニーズに合わせて採用する方が、通所授産施設にとって負担が少なく、現実的で応用可能性が高いであろう。

第3節 精神障害者通所授産施設に心理社会的リハビリテーションの導入にむけて

1. 理論的妥当性

では、心理社会的リハビリテーションの理論と方法を小規模通所授産施設の活動に導入することに、理論的な妥当性はあるのだろうか。この疑問に答えるために、通所授産施設の主要な活動原則である谷中（1996）の「生活支援」理念と、Cnaan その他（1988, 1989, 1990, 1992）が発見した PSR の 15 原則とを比較したものが表 29 である。

表 29. 心理社会的リハビリテーションの原則と生活支援概念との比較

項目	心理社会的リハビリテーション	生活支援
1	人間能力の最大活用 生活技術を身に付けさせる	当事者の能力の開発
2	自己決定	当事者の主体性の促し
3	ノーマライゼーション	ノーマライゼーション
4	多様なニーズとケア	多様な選択肢, 試みと修正
5	サービスの脱専門職化	当事者中心の支援, 共同作業
6	環境へのアプローチ	当事者の家族への支援, 仲間の支援, 取り巻く周囲の人々への支援
7	環境の変革	当事者の利用できる資源の開発
8	医学モデルよりもむしろ社会モデル	医学モデルではなく生活モデル
9	病理性の強調よりもむしろストレスの強調	当事者のありのままの受容, 持ち味を発揮する, 自分にしかできないということ
10	早期介入	危機介入
11	スタッフの責務 無期限の参加 就労を中心においた援助プロセス 過去の問題よりもむしろ「ここで、今」を強調	

（出典：Cnaan, Blankertz, Messinger, et al 1988 “Psychosocial Rehabilitation: Toward A Definition” pp. 64-72；谷中 1996『生活支援—精神障害者生活支援の理念と方法—』pp.53-105 を元に大橋定明が作成）

表中で対応する項目について表現に違いはあるものの、ほぼ同様の内容を示している。すなわち、項目 1 は当事者の能力の開発を目指すことにほかならず、項目 2 の「自己決定」は当事者の主体性の促しによって得られる。項目 4 にある「多様なニーズとケア」は、生活の多様な選択肢の可能性を示した上で、利用者によるコースの発見と選択、コース実現への試み、そして中途でのコース変更を援助者がケアすることと同義である。項目 5 の「サービスの脱専門職化」とは、スタッフが権威的・主導的に利用者の援助計画を策定し、計画内容や援助プロセスを独占するのではなく、あくまでも当事者を中心に援助計画を共同で策定してプロセスを共有することを示す。項目 6 「環境へのアプローチ」は、当事者が

その家族集団に受け入れられ、家族や友人、そして仲間などからのソーシャルサポートが得られるようになるための支援活動を指す。項目7の「環境の変革」とは障害者の雇用の創出や待遇の交渉、障害者への住居貸与への働きかけなどの一連の活動を通して、当事者の利用できる社会資源の質と量を高めていくことである。

PSR の原則と生活支援理念の要素は、ともに項目8の「医学モデルよりも社会モデル」を基本としている。そして項目9でいう「病理性よりもストレングスの強調」とは、障害に伴う社会機能や能力の低下を固定的・否定的なものとして捉えるのではなく、むしろその障害も含めた全体的な人として捉え、潜在的に持つ力や持ち味を固有の能力として肯定的に評価することである。援助スタッフは、利用者の日常的な変化や改善に注意深く目を向けるとともに、利用者がストレスフルな状況に陥ったときには項目10の「早期介入」を行なって再発を防ぐ。

このように PSR の原則と生活支援理念とを比較すると、生活支援理念の大半が PSR の原則に包摂されることがわかる。そして、生活支援理念には含まれなかった原則である「就労を中心においた援助プロセス」こそが、障害者自立支援法が新たに小規模通所授産施設に対して求めている自立訓練、就労移行支援、就労継続支援の機能なのである。

以上の議論から、小規模通所授産施設のプログラム活動に PSR の概念を導入することには妥当性があると見なすことは可能であろう。

第2章 小規模社会福祉法人のスタッフに対する心理社会的リハビリテーションの教育トレーニングプログラムの試み

はじめに

前章では、西欧先進諸国において精神障害者の援助上でのスタンダードとなっている心理社会的リハビリテーション（Psychosocial Rehabilitation=PSR）のモデルとプログラムの内容を概観しながら、日本の精神障害者地域リハビリテーションに大きな影響を与えている生活支援理念と PSR の基本原則との比較を行なった。その結果、PSR 原則と生活支援理念には多くの共通点があることが分かった。

PSR では、クライアントの個別サービス化に向けた個人的援助プログラムの作成と実行が重要な柱であり、それが忠実に実践されている。では、日本での実践においては精神障害者通所授産施設利用者の個別ニーズがどの程度アセスメントされ、そのニーズに基づい

た個別援助計画がどれほど立案されているのだろうか？

それを知るために筆者が行なった精神医学，社会福祉学，精神科リハビリテーション学²⁴の文献レビューでは，通所授産施設が行なった共同住居やグループ就労，社会生活技能訓練などでの成果に関する報告や（吉塚・木村・大友・ほか 1997；妹尾・箕原・伊野波・ほか 1998；北岡・青木・笠井ほか 2003），授産施設スタッフに対する教育トレーニングの実施によって，スタッフの援助実践能力の向上が認められたとする研究報告はされていたものの（加藤・加藤・中村ほか 2005），通所授産施設のスタッフが作成した利用者の個別のリハビリテーションプログラムについて，その援助効果に焦点を当てた実証的研究論文を見出すことはできなかった。

そこで本章では，在宅精神障害者の生活支援を行なっているスタッフたちが，PSR 理論の枠組みを理解したうえで，利用者のニーズに基づいた個別的援助プログラムの作成と実践が可能となることを目的とした教育的トレーニングプログラムの内容と方法について，検討を行なう。

第1節 教育トレーニングの目的

1. なぜ教育トレーニングが必要なのか？

2002 年 12 月に策定された障害者基本計画とそれに基づく重点施策実施 5 ヶ年計画では，2008 年までに通所授産施設を 7,200 人分整備するという数値目標が掲げられており（総理府障害者施策推進本部 2002），政策プランナーが精神障害者福祉における通所授産施設の役割にかける期待は大きい。同様に，条件が整えば退院可能でありながら，依然として精神科病院に長期間入院している約 7 万 2 千人の「社会的入院者」の退院と社会復帰を目指し，彼らをケアしている精神科病院の側も，患者の退院後の受け皿として通所授産施設に期待を寄せている（大橋 2006）。通所授産施設がその期待に応えるためには，そこで働くスタッフたちがこれまでの研究実践に裏打ちされた，根拠に基づく援助実践を行なっていく必要がある。

²⁴ レビューは，臨床精神医学（臨床精神医学雑誌編集委員会）Vol,20（12）1991-Vol,35（1）2006，日本医師会雑誌（日本医師会）Vol,116（8）1996-Vol,134（8）2005，精神神経学雑誌（日本精神神経学会）Vol,105（2）2003-107（11）2005，社会福祉研究（鉄道弘済会）2006 年より過去 10 年分，ソーシャルワーク研究（相川書房）Vol,1（4）1975-Vol,31（4）2005，社会福祉学（日本社会福祉学会）2006 年より過去 10 年分，精神障害とリハビリテーション（日本精神障害者リハビリテーション）Vol1,（1）1997-Vol,9（1）2005，精神保健福祉（日本精神保健福祉協会）Vol,31（3）2000-Vol,36（4）2005 について行なった。

それにも関わらず、不十分な教育体制や、低賃金など雇用上の理由による早期離職に伴った、実践上での方法論的蓄積の困難さなどの理由によって、日本では通所授産施設で働くソーシャルワーカーに対して、このような実践理論の応用を期待することが困難な状況にあった。

2005年に成立した障害者自立支援法は、従来の内職作業や喫茶店、リサイクルショップなどの通所授産施設の活動を就労移行事業や就労支援事業などへ移行させ、実践内容に対する評価規定を設けるなど、今後ますます実践理論に基づいた精神障害者リハビリテーションの実施と、その効果を明らかにすることを求めている。このような実践のためには、既存の集団活動プログラムを利用者に提供するという従来のシステムだけでは限界がある。そこで本章では、この課題に取り組むために筆者が行なった、PSRの教育プログラム開発から効果評価までのパイロット研究を紹介したい。

教育プログラムの目的は、現在その有効性が認められているPSRを実践現場に応用していくことであり、そして、より効果的な援助プログラムを利用者に提供することである。そこで、第一段階として教育トレーニングプログラムを開発し、それを通所授産施設のスタッフに実施することによって、スタッフがPSRの知識を身に付け、さらに社会福祉援助実践における方法論的示唆を得る機会を提供した。この段階では、教育トレーニングプログラム実施前と実施後にアンケート調査を実施して、スタッフ達の精神科リハビリテーション知識の習得度と、スタッフの関心が高いプログラム内容も明らかにした。

第二段階は、PSRモデルの実践への応用である。応用段階では、援助スタッフが通所授産施設の利用者個々のニーズアセスメントと、支援計画の作成および実行をめざした。

第2節 第1段階：教育トレーニングプログラムの開発と実施

1. トレーニングプログラムの対象者

教育トレーニングは、関西地方A県の大都市に隣接する人口約12万人の衛星都市であるB市において、通所授産施設や精神障害者グループホーム²⁵、精神障害者生活支援センター²⁶などを運営するC社会福祉法人のスタッフに対して行なった。スタッフは常勤が10名で、

²⁵ 単独での生活が困難な精神障害者を共同で住まわせ、常駐の世話人が食事の提供や居室の掃除、洗濯など日常生活上のことがらに対して助言や指導を行なうことによって、地域生活の維持を目的とした施設である。

²⁶ 精神障害者が平日はもちろんのこと、休日や夜間など、医療・相談機関が機能していない時間帯でも、

非常勤スタッフは 6 名いる。そのうちの常勤スタッフを対象に、筆者から心理社会的リハビリテーション（PSR）について学習する機会を持つことを伝え、その上で参加を呼び掛けた。対象者に対しては、事前にプログラム開発の主旨を説明するとともに、研究対象となることについての同意をとった。その際に、筆者を含めて想定された全参加者中で、筆者が精神障害者福祉援助の実践上もっとも経験を有していたことから、筆者が学習資料を用意し、スーパービジョンを行なうことで了承を得た。

その結果、スーパービジョンに参加したスタッフの人数は 9 名で、性別は男性が 4 名、女性が 5 名であった。年齢は 23 歳から 56 歳までで、20 代が 4 名、30 代が 3 名、50 代が 2 名である。全員が大学を卒業しており、参加者の 9 人中 8 人が、国家資格である精神保健福祉士の有資格者であった。精神障害者福祉実践の経験年数は、1 年未満が 2 名、1 年以上～2 年未満が 2 名、2 年以上～5 年未満が 1 名、5 年以上～10 年未満が 2 名、そして 10 年以上～15 年未満が 2 名であった。

2. 教育トレーニングプログラムの開発と実施

教育トレーニングは、2004 年 5 月から同年 12 月にかけて 8 回行なった。実施は毎月 1 回で、所要時間は 1 回につき概ね 1 時間半から 2 時間であった。トレーニングの方法は、筆者が選択した PSR に関する文献を前もって参加者に配布し、筆者を含むその時々での報告責任者が参考文献の要旨やポイントを報告した後に、参加者全員でその内容や疑問点について議論を行なう学習スタイルを採用した。参加者は、1 回につき平均で 8 人から 11 人の範囲であった。毎回のテーマと用いた文献は、以下の表 30 及び表 31 で示す。また、外国語文献については筆者の翻訳文章を用いた。なお PSR のうち、教育リハビリテーションについては当該社会福祉法人で実施される機会が乏しいと判断して割愛した。

表 30. 心理社会的リハビリテーションの教育トレーニングのテーマと内容

1 回 目	<p>テーマ：心理社会的リハビリテーションの基本的概念</p> <p>内 容：参考文献のレジュメを作成し、筆者が講義を行なう。具体的には、心理社会的リハビリテーションの特徴と定義、リハビリテーションサービスの具体的内容、リハビリテーションのモデルについて概要を説明する。</p>
-------------	---

病状や日常生活上のことについて相談できるよう、国家資格である精神保健福祉士が常駐して精神障害者の相談援助を行ない、病状の悪化の防止や不安の軽減を行なうことを目的とした施設である。

2 回 目	<p>テーマ：心理社会的リハビリテーションの基礎理論とリハビリテーションモデル（クラブハウスモデル）</p> <p>内 容：①心理社会的リハビリテーションのモデルの1つであるクラブハウスモデルについて、作成したレジュメの報告により、クラブハウスモデルの方法の概要を理解する</p> <p>②心理社会的リハビリテーションの理論的バックボーンであり、主要なソーシャルワークアプローチ理論の1つでもある心理社会的アプローチ理論について、その柱となる価値や概念の理解とアプローチの特徴などについて講義を行なう。①の講師は、前者があらかじめ指名していた参加メンバーの1人、②の講師は筆者が行なった。</p>
3 回 目	<p>テーマ：リハビリテーションモデル（クラブハウスモデルと保護的就労モデル）</p> <p>内 容：クラブハウスモデルの典型である、アメリカ合衆国のファンテンハウスが行なうリハビリテーションの目的と方法について、個々のリハビリテーションプログラムの内容をみることによって理解するとともに、そのプログラムの小規模社会福祉法人への適用の可能性についてディスカッションを行なう。また、アメリカ合衆国での保護的就労ユニットである Sheltered Work Shop と、日本の精神障害者共同作業所とでの対象者やプログラム内容、目的などについて比較を行なう。</p>
4 回 目	<p>テーマ：リハビリテーションの方法—ADL (activity of Daily Living) リハビリテーション</p> <p>内 容：分担担当者2名が、ADL リハビリテーションの具体的内容とその意義、リハビリテーションの目指すゴールなどについて報告した後、参加者全員によってディスカッションを行なう。</p>
5 回 目	<p>テーマ：リハビリテーションの方法—職業リハビリテーション①</p> <p>内 容：分担担当者2名による、職業リハビリテーションの種類と具体的内容、リハビリテーションの方法、その効果などについての報告と、それに対する質疑とディスカッションを行なう。</p>
6 回 目	<p>テーマ：リハビリテーションの方法—職業リハビリテーション②</p> <p>内 容：日本の障害者雇用に関する法的問題点（障害者法定雇用率の低さと、法定雇用率の中に精神障害者を含まないことなど）を踏まえたうえで、アメリカ合衆国の障害者法を概観してその相違を認識する。また、職業リハビリテーションの一方法であるジョブクラブプログラムについて、その内容と目的、効果などの理解を図る。</p>
7 回 目	<p>テーマ：リハビリテーションの方法—住居リハビリテーション</p> <p>内 容：精神障害者の、精神病院に代わる地域社会での居住場所であるグループホームやボーディングハウスなどの居住の形態と、そこで行なわれるサービスの内容、多様な住居形態に適応する精神障害者のタイプなどについて学習を行なう。</p>
8 回 目	<p>テーマ：リハビリテーションの方法—社会的リハビリテーション</p> <p>内 容：思春期・青年期に発症した精神障害者の場合、一般的な社会的経験の不足により、社会的に機能するうえで重要な問題解決能力や、対人関係上の認知的、言語・非言語的なソーシャルスキルが未熟であることが多い。そこで、クラブハウス内での役割行動や、その他の集団活動を通じた対人交流のなかで社会的能力とソーシャルスキルを向上させ、また、余暇時間の構造的な使い方への支援を通じて、精神障害者の支持的な社会的ネットワーク形成を意図する活動について学習をおこなう。</p>

表 31. 教育トレーニングで用いた参考文献 [文献使用回]

<p>「アメリカ合衆国における心理社会的リハビリテーションの動向」(Rutman 1994) [1]</p> <p>「特集、精神障害者のリハビリテーション—日本にもクラブハウスを—」(秋元波留夫 1994) [2]</p> <p>「ソーシャルワークの理論Ⅰ. 七つのアプローチとその比較 第2章、ケースワーク実践における心理社会的アプローチ」(ホリス 1985) [2]</p> <p>「Rehabilitation Programs and Outcomes: sheltered work」(Bond & Boyer 1987) [2, 3]</p> <p>「Psychosocial Rehabilitation: A Process Evaluation」(Turkat et al. 1982) [3]</p> <p>「スレッシュホールズプログラム：精神障害者リハビリテーションをどう展開するか」(ディンシン 2002) [4, 5, 7, 8]</p> <p>「PACTモデル 精神保健コミュニティプログラム」(オールネス et al. 2001) [4, 5, 7, 8]</p> <p>「精神保健福祉概論」(大橋その他 2001) [6]</p> <p>「障害者プラン・障害者基本法・新長期計画 21 世紀に向けた障害者施策の新たな展開」(総理府障害者施策推進本部担当室 1996) [6]</p> <p>「地域における障害者の就労支援システムのあり方について」(東京都福祉局障害者就労システム検討会</p>
--

2001) [6]

「A Skills-Oriented Model for Facilitating Employment Among Psychiatrically Disabled Persons」
(Jacobs et al. 1984) [6]

「Psychiatric Rehabilitation as a Deterrent to Recidivism」(Dincin et al. 1982) [7]

「Long-Term Community Care. Through an Assertive Continuous Treatment Team」(Test et al. 1991)
[7]

「Mental Health. United State. 1987」(Manderscheild その他 1987) [7]

「What Deference Does Case Management Make?」(Goering et al. 1988) [7]

3. 教育トレーニングの評価

3. 1 教育トレーニング前の基礎知識の習得状況

本研究では、教育トレーニングに先立って参加を予定している者全員に対して、PSR に関する知識をどの程度有しているのかを知るため、アンケートを実施した（巻末資料 2）。アンケートでは、①PSR の概念、②PSR の基礎理論、③ADL（Activity of Daily Living）リハビリテーション、④職業リハビリテーション、⑤住居リハビリテーション、⑥社会的技術（Social Skills）リハビリテーション、⑦社交・レクリエーションリハビリテーション、⑧教育リハビリテーション、のそれぞれの言葉とその内容について、「全く知らなかった」から「よく知っている」までの 4 件法で回答を求め、9 名のスタッフから回答が得られた。その単純集計の結果が表 32 である²⁷。

表 32. 心理社会的リハビリテーションの基礎知識に関するアンケート回答の単純集計（n=9）

	全く知らなかった	言葉は知っている が内容は知らない	言葉も内容もな んとなく知っている	言葉も内容もよ く知っている	無回答	合計
概念	5	2	1	0	1	9
基礎理論	5	3	0	0	1	9
日常生活技能	3	4	1	0	1	9
職業	0	3	5	0	1	9
住居	4	4	0	0	1	9
社会的技術	4	2	2	0	1	9
社交・レク	6	1	1	0	1	9
教育	7	1	0	0	1	9

アンケート結果では、スタッフの大半が PSR の概念と基礎理論についての知識をほとんど持たなかった。一方、職業リハビリテーションと社会的技術リハビリテーションの 2 つの領域については、幾分かの知識を有していることも分かった。最も認知度の高かった項目は職業リハビリテーションで、5 名が言葉も内容もなんとなく知っているという回答した。しかし、それ以外の項目では全く知らないか、あるいは聞いたことがあるという程度の回

²⁷ なお、社会的リハビリテーションについては、便宜上社会的技術リハと社交・レクリエーションとに分割してそれぞれの回答を求めた。

答が過半数以上を占めていた。

3. 2 教育トレーニングのテーマ別関心度評価

教育トレーニングプログラム終了後、その成果を測る目的で参加したスタッフ全員に対して事後アンケートを実施した（巻末資料3）。アンケートでは、質問の構成を次のようにした。

質問1）は、実施した8回の教育トレーニングのテーマごとに、参加メンバーの興味の程度を「非常に興味深かった」から「全く興味がわかなかった」までを問う形式にして、心理社会的リハビリテーションに対する参加メンバーの関心の全般的な傾向を調べた。しかし、これだけではメンバーの興味、関心の領域が分散してしまうため、その絞込みを意図して、質問2）では、最も興味を持った領域の上位3項目を回答してもらった。そして質問3）では、今後どのような実践に取り組みたいかを聞いた。選択肢には、教育トレーニングの中で用いた重要と考えられるキーワードを入れ、その語群の中から各々が上位3項目を複数選択する形式をとった。さらに、今後学習の機会を持つ際の参考のため自由記述方式で質問4）と5）を配した。

アンケートは教育トレーニングの最終日の2004年12月16日に配布し、回答数は9件の対象件数のうち7件であったが、それぞれの教育トレーニング当日の欠席者や、質問項目によっては無回答者がいたため、回答の項目ごとの実数にばらつきが生じた。また、質問4）、5）に対しての回答はなかった。アンケートの集計結果は表33に示す。

結果にみられるように、アンケート結果からは大半の参加者がPSRの内容に興味を持ち、肯定的に評価しながらも、その関心は理論的内容よりもむしろ実践的内容に高いことがわかった。質問1）では、参加者が「非常に興味深かった」を選択した項目は3項目で、そのうち回答者数が多かったのは『クラブハウスモデルと保護的就労モデル』と『職業リハビリテーション』の2項目で、それぞれ4名と3名であった。また、『住居リハビリテーション』に高い関心を寄せた参加者が1名いた。これら3項目への関心は質問（2）でも同様である。これは、参加者の所属する社会福祉法人が行なう援助プログラムに関係していると考えられる。

表 33. 教育トレーニングの成果に関するアンケート回答の単純集計 (n=7)

質問 1 教育トレーニングの項目ごとの感想

質問 \ 回答	非常に興味 深かった	まあまあ興 味深かった	あまり興味 がわかなか った	全く興味 がわかなか った	無回答	合計
1. 基本概念	0	5	1	0	1	7
2. 基礎理論	0	6	0	0	1	7
3. クラブハウスモデルと 保護的就労モデル	4	2	0	0	1	7
4. 日常生活技術リハ	0	6	0	0	1	7
5. 職業リハ	3	4	0	0	0	7
6. 住居リハ	1	6	0	0	0	7
7. 社交・レクリハ	0	4	0	0	3	7

質問 2) 興味を持った項目と、持たなかった項目 (回答者数)

順位	興味や関心を持った項目	
①	クラブハウスモデルと保護的就労モデル	5
②	職業リハビリテーション	5
③	住居リハビリテーション	2
	社交、レクリハビリテーション	2
順位	興味や関心がわかなかった項目	
①	心理社会的リハビリテーションの基本概念	3
②	心理社会的リハビリテーションの基礎理論	3
③	教育リハビリテーション	2

質問 3) 今後、取り組みたいと考える
領域 (回答者数)

順位	今後、取り組みを考えるリハビ リテーション領域	
①	職業リハビリテーション	3
②	住居リハビリテーション	3
③	クラブハウスモデル	2
	積極的アウトリーチ	2

また、職業リハビリテーションへの関心は、トレーニングに先立って行った事前アンケート調査結果の傾向からも推測できる。近年、精神障害者に対する就労支援と職業サポートの政策的取り組みが積極的に行なわれつつある（東京都福祉局障害者就労システム検討会 2001）。大阪精神科診療所協会が実施した通院精神障害者対象の就労調査アンケートでは、994名の回答者の58%が就労を希望していた（田川 2005）。これら精神障害者雇用の政策動向と精神障害者の就労ニーズの両者が、職業リハビリテーションへの関心に影響を与えている可能性が考えられる。住居リハビリテーションへの関心は、法人が2ヶ所のグループホームを運営していることとの関連が考えられた。つまり実践家たちは、自分たちの現在の仕事に直結する知識により高い関心を示しているようである。

一方、参加者が関心を示さなかった項目は、PSRの基本概念と基礎理論でそれぞれ3名、教育リハビリテーションが2名であった。基本概念や理論への関心の低さは、スタッフの社会福祉実践における経験年数との関連が考えられる。経験年数でみると、参加者9名中経験年数2年未満の全体での比率が44%で、経験年数5年未満では全体の56%を占めた。一般的に、経験年数の短いソーシャルワーカーほどソーシャルワークの理論よりもむしろ、

援助方法や技術の学習を求める傾向があるといわれる。この結果はその表れかもしれない。教育リハビリテーションについては、その内容に触れなかったことが理由であろう。

次に、今後取り組みたいと考えるプログラムでは、職業リハビリテーションと住居リハビリテーションとをあげた者がそれぞれ3名いたが、これも法人の行なう事業との関連が考えられた。また、クラブハウスと、積極的アウトリーチへの取り組みを考える者がそれぞれ2名であったが、これは法人事業の将来的な取り組みの方向性と、活動を離れたメンバーへの継続的なフォローへの意向を示すかもしれない。

教育トレーニング終了後のアンケート結果からは、スタッフたちがPSRのいくつかについて、積極的に取り組みたいと考えていることがわかった。その一方で、スタッフの精神障害者福祉実践の理論的根拠に対する関心の低さも明らかになった。

第3節 第二段階：実践への応用－利用メンバーに対する個別的援助プログラム作成

1. 個別プログラム作成方法と評価方法

1. 1 ニーズアセスメント表の作成と記述内容

本研究の目的の1つは、教育トレーニングが社会福祉法人のスタッフに提供したリハビリテーション理論と方法が、利用メンバーに対する具体的なサービスプログラムの内容に反映されるかどうか、その応用可能性を知ることにあった。

そこでまず、通所授産施設の利用メンバーが施設での活動上、または日常生活上で感じている問題点、あるいは利用者が目標とするゴールなどを把握するため、筆者が用意した利用者ニーズアセスメント表を教育トレーニングの参加者全員に配布して作成を求めた。記入に際しては、スタッフにとって印象深い、実際に授産施設を利用しているメンバーを想定してもらい、①その利用者についてスタッフが受けた印象の具体的内容と、年齢や性別、施設利用期間など簡単なプロフィールを作成、②スタッフが対象メンバーにインタビューを行なって把握したメンバーのニーズ、③そのニーズ実現にとって必要と想定した課題、④その課題達成に向けたスタッフの具体的な援助行為、⑤メンバーのリハビリテーションゴール、⑥そのゴールを設定した根拠の6点に関して記入してもらった。その結果、現在授産施設を利用しているメンバーについて、2名のスタッフメンバーからそれぞれ2ケース、合わせて4ケースが提供された。

1. 2 プログラム効果測定法

アセスメントの後、リハビリテーションプログラム作成の作業に入るわけだが、プログラムの効果測定にあたっては、プログラムの提供によって生じたクライアントの行動の変化や問題に対する取り組みの仕方の変化を、提供前と提供後とで時系列的に測定することによって援助介入の効果を評価することが可能となるシングルシステムデザイン評価法の使用を想定した。

この評価法は、援助者とクライアントとの間でリハビリテーション目標が設定された後に実行される援助の進捗課程において、援助の効果についての援助者・クライアント双方からのフィードバックが迅速に行なわれ、比較的短期間のリハビリテーション援助期間で介入効果の評価が可能になることが利点である（平山尚・武田丈・藤井美和 2002）。

シングルシステムデザインには複数のモデルがあるが、基本的には、援助介入のターゲットとなる行動等の変化を数量化して把握するために、介入前の状況（ベースライン）と介入後の状況とを記録する方法を採る。また、シングルシステムデザインは「治療と個人レベルでの結果の間での『適合の良さ』を評価する上で、非常に大きな希望を提供」する（Bentley 1990 ; p.101）。そのため、小規模通所授産施設のように多様なニーズを持った利用メンバーが集まる場面では、メンバーの個別的なニーズに添った介入プランを作成し、その効果結果に基づいて新たな援助プランの作成・実行を行なう際には利便性、妥当性が高いと考えられた。

そこで筆者は、教育プログラム参加者に対してシングルシステムデザインによる評価法の概要と測定方法について補足的な講義を行ない、その利便性についての理解を求めた。

2. 作成された個別的援助プログラムの内容

アセスメント表作成の意図は、サイコソーシャルリハビリテーションプログラムを立案する対象者を特定し、対象メンバーに対する援助介入の具体的方法を明確にすることであった。しかし提出されたアセスメント表の内容は、これらの条件を十分に満たさないものも含まれていた。そこでアセスメント表をもとに、筆者、アセスメント表作成者、その他のスタッフとで個々のケースのニーズ達成のための課題と、課題達成に向けたスタッフの介入の方法を再検討した。アセスメント表の回収と再検討は、2005年1月から2月にかけて行なった。

修正した援助プランは以下の通りである。なお本論では、援助プラン作成に際しての倫

理的配慮として、プライバシー保護のため事実を一部変更した。

ケース 1 は 45 歳の独身男性で、病名は統合失調症、居住形態は両親との同居である。両親は郷里の九州への転居を考えているが、クライアントは長年親しんだ授産施設のメンバー、スタッフとの交友関係や、主治医との治療関係を変更する意思はない。そのためクライアントは、精神障害者グループホームへの入居と、単身生活を支える上での就労の機会を希望している。

そこで、クライアントに対してはグループホームへの入居に向けた住居リハビリテーションと、グループホームでの生活の経済的基盤を安定させることを目的とした職業リハビリテーションを提供する。援助介入としては、精神障害者の雇用を受け入れている事業所をスタッフと見学して労働内容を確認し、併せて雇用主とクライアントとで勤務可能な条件について話し合うことを当面の課題とした。

ケース 1 ニーズアセスメント表記入例

(1) 属性：性別 男性，年齢 45 才，診断名 統合失調症，居住形態 親と同居
(2) クライアントのニーズ： ① グループホームに入居して一人暮らしをしたい ② グループホーム入居に必要な費用を得るために仕事をしたい
(3) クライアントの状況：両親と同居中のクライアントは、自分自身の収入として国民基礎年金の障害年金を得ているが、それ以外は親の扶養を受けている。2005 年 1 月に、父親がガンに罹患していることが判明し、それを機に両親は郷里の九州に転居する予定でいる。クライアントは、両親に同行せずに現居住地居住を続けるつもりでいるが、両親は転居に際して現在の住居を売却する予定のため、クライアントは新たな住居を得ることが必要になった。 クライアントは、両親の転居に先だって B 社会福祉法人が運営するグループホームに入居することを希望しているが、グループホームへの入居にあたっては、入居敷金の他に毎月の利用料が必要となる。しかし、クライアントの年金充当だけでは費用を満たさず、親からの仕送りの見込みも不明確である。そこで、クライアントから就労の希望が挙がってきた。クライアントは、グループホーム入居と就労という新たな 2 つの局面に対する不安や将来への経済的な不安、そしてクライアントを置いて郷里に帰る両親に対する、言語化しにくい複雑な感情を有している。
(4) アセスメント： ① グループホームに入居して生活するために必要な費用は、年金以外に 35,000 円～50,000 円を要する。そのため、この金額が得られる雇用に就く必要がある。 ② クライアントの対人関係上での特徴や性格傾向として、授産施設では他のメンバーとの協調性が高く、温和で疎通性も良好である。パソコンなど興味を持った事柄には集中して取り組む。活動に対する根気や持続性もある。 ③ クライアントが行なった就労に向けた取り組みとしては、ホームヘルパー 2 級資格の取得、自動車運転免許証の取得、医療事務資格取得への取り組みなどである。 ・クライアントの職歴や、職業適性などについては不明 ・クライアントは、他のメンバーが通所している精神障害者社会適応訓練事業所 ²⁸ の業務内容を通所メンバーから情報収集しているが、その事業所での時間給では入居の目標額に達しないため、他市にある社会適応訓練事業所の利用も検討する

²⁸ 精神障害者社会適応訓練事業は精神保健福祉法第 50 条に定められた制度で、都道府県が実施主体となつて精神障害者の雇用に熱意のある事業所との間で委託契約を交わし、通常の事業所に雇用されることが困難な精神障害者を一定期間通わせて職業を与えるとともに、集中力や持続力、対人能力や環境適応能力を高めることによって再発の防止や社会的自立を図ることを目的とする（精神保健福祉研究会 2001 p485-486）。

・クライアントが利用する社会福祉法人が、2005 年より事業として実施予定の精神障害者ホームヘルパー派遣事業所の登録ヘルパーとして働くという方法もある
(5) ソーシャルワーク介入の意図：クライアントがグループホームに入居し、そこでの生活を維持していく上で必要な経済的裏付けを、クライアントによる就労への取り組みと就労の継続を通じて実現させる、そのための援助であり、その方法は職業リハビリテーションの手法を採用する。
(6) 課題： ① クライアントが就労できる事業所を探す。 ② クライアントと事業所とで、勤務条件などを話し合う。
(7) 介入方法： ① スタッフメンバーと同伴で、精神障害者社会適応訓練事業所 2 ヶ所を見学する。 ② 事業所と就業条件の確認（労働時間、労働日数など）を行なう。

ケース 2 は 55 歳の独身男性で、診断はアルコール依存症である。クライアントは授産施設を利用しながら生活して行きたいと望んでいるが、他のメンバーに対して威圧的な言動が見られる。また、他メンバーの作業活動への強引な割り込みや横取り行為のため、クライアントに対して他メンバーから不快感が生じ、心理的な距離が広がる傾向にあった。しかし、クライアントはそのような状況に対して自覚がないため、他メンバーとの関係悪化によって授産施設を利用しにくくなる可能性が考えられた。

そこで、クライアントが個人的・集団的相互交流場面で友好的関係作りが可能となるために、まず、クライアントの言動が他のメンバーとクライアント自身の相互に与える影響と問題について明確にし、その行動の変容に向けてクライアントの動機を高めていく必要があった。その上で、クライアントが授産施設での活動場面で従来と異なる関わりの仕方を実行し、その間の行動変化をスタッフが評価してクライアントにフィードバックするという介入方法で、クライアントの行動変容を促す社会的技術トレーニングプログラムを検討した。

ケース 2 ニーズアセスメント記入例

(1) 属性：性別 男性、年齢 55 歳、診断 アルコール依存症、居住形態 親と同居
(2) クライアントのニーズ：授産施設を利用しながら、障害があっても頑張って生きていきたい。
(3) クライアントの状況：授産施設内では、他メンバーとの相互交流場面の中でクライアントの乱暴な話し方や、他のメンバーの活動への強引な介入や作業の横取り、威圧的な態度など、言語的・行動的な問題がある。そのため、他のメンバーからはクライアントへの不快感が生じており、他メンバーとの心理的な距離が広がる傾向がある。しかしながら、クライアント自身は自分の言動が原因で他のメンバーとの間に問題が生じていることに気が付いていない。今後、クライアントのこのような誤解を招く態度や言動が、一層他のメンバーからの敬遠を招き、クライアントが授産施設内で他メンバーからの乖離と孤立に至る可能性がある。それは結果として、クライアントのニーズに反して、他のメンバーとの関係の悪化によってクライアントが作業所を利用することが困難になる危険性を持つ。
(4) アセスメント： ① 対人関係面での機能不全状態について a クライアントの他のメンバーに対する態度や行動は、クライアントに固有の、病気による障害の部分として受け入れていく必要があるものなのか？ そうであれば、その理解を他のメンバーに求める必要があり、その一方で、クライアントの不適切な言動が著しい場合には、スタッフが制止を行なう。

<p>b クライアントの行動や考え方は、意識的な行動の修正を求める必要があるものか？ そうであれば、クライアントの認知と行動の修正を中心とした介入を行なう。</p> <p>② 問題の明確化について</p> <p>クライアントが問題を自分自身で認識することが困難であれば、行動修正の課題を絞り込み、それを焦点化してクライアントが理解しやすいものにする。</p> <p>(5) ソーシャルワーク介入の意図：作業所内でクライアントと他のメンバーとが友好的相互関係を維持しながら、双方が作業所を有効に利用することを可能にするために、その障害となる要素であるクライアントの他のメンバーとの関係の持ち方について行動の修正を行なう。この場合の介入とは、クライアントが個人的、集团的相互交流場面においてポジティブに機能するためのソーシャルスキルトレーニングを指す。</p> <p>(6) 課題：</p> <p>① クライアントの言動が他のメンバーに及ぼす影響と、他メンバーの反応についてクライアントが理解と洞察を行ない、行動を修正することを期待する。</p> <p>② 他のメンバーの能力や力をクライアントが認識でき、それを尊重できる態度の醸成を図る。</p> <p>(7) 介入方法：</p> <p>① 焦点化した行動上の問題がクライアントと他メンバーの相互に与える影響について、クライアントとスタッフとで明らかにし、その上で共有化する。</p> <p>② 問題の解決に向けての同意をクライアントから得たうえで、解決のための動機付けを行なう。</p> <p>③ 実際のグループ場面などで、クライアントが他メンバーとこれまでとは異なる関わり方の方法を実行する。</p> <p>④ クライアントの行動の修正を評価する尺度を作成し、一定期間の後に行動の変化について再評価を行なう。</p> <p>⑤ クライアントに再評価の結果をフィードバックし、クライアントはフィードバックに基づいて新たな課題を実行する。</p> <p>⑥ 以後、この一連の繰り返しを前もって定めた期間のあいだ行なう。</p>

ケース3は、28歳の独身男性で診断は統合失調症、親との同居である。当初クライアントは、体を動かす仕事に就くこと、仕事を維持できるだけの体力を付けること、そして仕事上での対人交流がうまくいくような会話力を身に付けることの3点をニーズとして挙げた。しかしアセスメント内容を検討する中で、クライアントの日常生活上の食事回数が不規則で食事量も不足がちであること、金銭の自己管理が雑であること、そして、仕事に向けたスケジュールの管理や把握が不十分であることが判明した。これらのことがらは、クライアントが社会参加活動を行なう上で不利を生じさせる可能性がある。

そこでソーシャルワーク介入として、クライアントが適切な食事摂取や睡眠時間の確保などのセルフケアを維持し、金銭の適切な自己管理や時間の構造的な管理が可能となる、日常生活技術リハビリテーションの必要性が浮上した。しかしこの場合、クライアントの自宅での課題の取り組みが中心になるため、クライアント自身か、あるいは家族によって課題達成の評価が行なえるプログラムの立案と評価方法が必要であった。

ケース3 ニーズアセスメント記入例

属性：性別 男性，年齢 28歳，診断 統合失調症，居住形態 親と同居
クライアントのニーズ：
① 体を動かす仕事に就きたい。
② 仕事先での対人交流がうまくいくように会話力をつけたい。
クライアントの状況：クライアントは、派遣でビル清掃の仕事に週に3回、1日5～6時間行っている。それと並行して

授産施設も利用しているが、授産施設はクライアントにとって息抜きのある場であるという。また、精神障害者ピアヘルパーの講習にも授産施設のスタッフと同伴で受講してホームヘルパー資格を取得し、小規模社会福祉法人の運営するヘルパーステーションにヘルパー登録をしている。クライアントは派遣の仕事を始めて以後、体力がつき、自信と明るさを得る。また、遅刻や欠勤はほとんど無い。
<p>アセスメント：</p> <p>① 食事の量や食事回数が不規則で、総じて不足がちである。</p> <p>② 金銭管理が雑である。</p> <p>③ 当日の仕事の内容やスケジュール管理に関して、自己把握が不十分である。</p>
<p>ソーシャルワーク介入の意図：クライアントが適切な食事摂取や睡眠時間などのセルフケアを維持し、金銭の自己管理や、1週間あるいは1日の構造的な時間の管理を可能にするための日常生活技能（Ability of daily living）リハビリテーションを実施する。</p>
<p>課題：</p> <p>① 食事を規則正しく摂取する。</p> <p>② 規則正しい睡眠時間を確保する。</p> <p>③ 仕事のスケジュールを自己管理できるようになる。</p> <p>④ 金銭が適切に自己管理できるようになる。</p>
<p>介入方法：課題内容にプライベートでの時間帯に行なわれることがらが含まれる場合、観察（測定）とフィードバックの仕方に工夫がある。この場合スタッフによる測定は困難なので、クライアント自身が課題達成の測定を行なうか、あるいは家族に測定を依頼する。例えば、お約束表を作ってそこに課題とカレンダーを書き、どれができたか、あるいはできなかったか、また、その頻度などを書き込む。そして1週間ごとにそれらをクライアントとスタッフとで評価する。</p>

ケース4は統合失調感情障害と軽度の知的障害をもつ43歳の女性で、母親との同居である。クライアントは一般的就労を希望しているが、新しい経験に取り組むことに対して不安が高く、予期しない出来事に直面すると混乱してしまう傾向がある。また、他者に自分の考えを伝えることが苦手で、クライアント自身に自信の無さや低い自己評価がうかがえる。これらは、クライアントが状況を理解して問題を処理する際に、自分に必要な情報や助力の求め方が不適切なため生じる混乱であり、また、他者から肯定的な評価を受けた体験が不足しているために、新しい体験への不安と低い自己評価が生じていると考えられた。

そこで、不測の事態が生じやすく、その場での判断と対応が求められる活動場面を意図的にクライアントに提供することとした。そこでは、援助者が一緒に活動しながら助言や支持的なサポート、あるいはコーチングを行なう。そして、援助者がクライアントの行動にその場で肯定的評価とフィードバックを行なうことによって、クライアントの自己達成感と自己評価を高めることを目的とした社会的技術リハビリテーションの検討を行なった。

ケース4 ニーズアセスメント記入例

属性：性別 女性，年齢 42歳，診断 統合失調感情障害，居住形態 親と同居
<p>クライアントのニーズ：</p> <p>① 仕事に行きたい</p> <p>② 通所授産施設のメンバーと仲良くしたい</p>
<p>クライアントの状況：新しい経験に取り組むことに対しての不安が強く、また、予期しない出来事に直面すると混乱してしまう傾向がある。例えば授産施設での他メンバーとの接触場面においても、他メンバーの発言やクライアントへの対応に動揺して過剰に反応してしまうことがある。また、自分の考えを他者に伝えることが苦手で、その一方、不十分な情報</p>

に基づくクライアントの理解や判断がクライアント自身を混乱させる一因となっている。そして、総体的にクライアントを捉えると、自信の無さや低い自己評価がうかがえる。
<p>アセスメント：</p> <p>① クライアントは、なんらかの課題達成の際において、他者から妥当性のある評価を受けた経験が不足していると考えられる。そのため新しい体験への不安と、自己評価の低下が生じると考えられる。</p> <p>② クライアントが不測の事態に直面した際に、「今、このようなことについて、私はこのように感じている。このことをどのように処理したらよいか、他の人はそれをどのように考えるだろうか？」という、他者への助力の求め方や、自分と異なる意見の求め方が未熟なため、混乱に陥ると考えられる。</p>
<p>ソーシャルワーク介入の意図：クライアントが、他者との接触場面や予期しない局面に遭遇したときにパニックに陥る回数を少なくし、困惑したときには他者に助力を求める頻度を高められることを目標とした、ソーシャルスキルリハビリテーションの実施を検討する。</p>
<p>課題：</p> <p>① ある局面でのクライアントの活動に対する、援助者の即時の評価とフィードバックによって、クライアントが自己達成感を高め、自己評価をネガティブからポジティブの方向に修正する。</p> <p>② 不測の事態が生じやすい局面において、クライアントが適切に対応し、処理するよう援助者が支持的にサポートすることによってクライアントの Strength を高める。</p>
<p>介入方法：不測の事態が生じやすい環境を意図的に創出し、その「意図された環境」での活動の機会をクライアントに提供する。その場面は、例えば社会福祉法人が委託を受けている特別養護老人ホーム内の喫茶部門や、市役所のエントランスホールで定例的に行なわれている、障害者授産施設の自主製品の販売コーナーなど、不特定の施設利用者や、あるいは市民との対面的なサービス提供を行なう場面が適当と考えられる。</p> <p>評価は、それらの活動に同伴する援助スタッフが、活動の最中に必要なサポートを行ない、活動終了後にクライアントに対して、当日の活動全体を通じたフィードバックを行なうプロセスで実施される。</p>

3. 結果

このように、4名の授産施設利用者に対する個別的リハビリテーションプログラムを作成したのだが、以下に説明するように、プログラム開発の最終目標であったプログラム実施結果にもとづく、成果評価の段階で対象者から開発手法についての疑義が出たため、本調査の目標は完全には達成できなかった。その疑義とは、①クライアントの不在のところで援助プランが作成されることに納得がいかない、②授産施設では個別担当ではなくスタッフ全員による集団担当制を採っているので、個人スタッフによる援助介入は業務に馴染まない、③利用者の個人記録を行なっていない、などであった。

それらの疑義に対して筆者から、リハビリテーションプログラム作成に当たっては、クライアントにプログラム内容を説明し、了解と実施の合意を得ること、クライアントの個別ニーズの把握と、そのニーズ達成のためには、援助行為の責任性の所在という点からも集団担当制では限界があること、そして、クライアントに対する援助記録は、援助プロセスと援助効果の再評価を行なう上で重要であることなどを参加者に説明したが、参加者たちの移行は変わらなかった。そのため、4名の利用メンバーに対するリハビリテーションプランを作成した上で、実際に利用メンバーに対して援助介入を行なっていくことは困難と判断し、この試みを断念した。

4. 考察

先の4ケースの援助プラン作成に先立って実施した PSR の教育プログラムにおいては、プログラム参加者たちはリハビリテーションプログラムの実施に関心を示した。しかし、それにもかかわらず、具体的なリハビリテーションプランの作成に際して抵抗を示した。その理由はどこにあったのかを以下の3点に焦点をあてて考察していきたい。

4. 1 クライアント不在の中で援助プランを作成することへの抵抗

筆者は、スタッフが利用メンバーのアセスメント表を作成するにあたって、スタッフにとって印象深いメンバーを選択し、そのメンバーに対してインタビューを実施してもらった。そしてメンバーのニーズを把握した上で、ニーズ実現に必要な課題の設定と、その課題達成に向けたスタッフの具体的援助の内容を想定してもらった。

これらの作業は、利用メンバーの個別的援助プログラムを作成する上での前提条件であり、そこでの情報や普段の行動観察を基に作成された援助プランが、利用メンバーに示される。その上で援助スタッフと利用メンバーとでプランの目的と方法を検討し、そしてメンバーの同意と、援助プランでのスタッフとの役割分担の合意を踏まえた上でプログラムの実行に向かう。すなわち、メンバーに対してインタビューを行なった段階で、クライアント不在ではなく、クライアントを中心にした「ここで、今」(Cnaan 1988)の援助プログラムを作成する手続きを経ているのである。

しかし、教育プログラムの参加者たちは、リハビリテーションプログラムの作成と実施に抵抗を示した。その理由を予想すれば、①個別的援助プログラムの作成と実施を行なうことへの自信の無さ、②既存の集団的プログラムによる援助の体制を維持しようとする意思の表れ、などが考えられよう。あるいは、筆者のような外部者によるスーパービジョンに対するスタッフの抵抗感があったのかもしれない。

4. 2 利用メンバーに対して個別担当制ではなく集団担当制

医療機関や精神保健相談機関に勤務するソーシャルワーカーにとっては、クライアントの個別担当制が一般的である。例えば精神科医療機関であれば、そこに従事する医師やソーシャルワーカー、臨床心理士や作業療法士などのスタッフは、いずれも個人が担当する患者やクライアントの数を同僚との間で配分して、それぞれの対象者に対する個別の治療・援助業務を行なうのが通常である（一人職種の場合はその限りではない）。たとえそれ

らの異なった職種が共同で治療・援助プログラムを運営したとしても、その視線は全体的なプログラムの流れを追いながらも、関心の多くは自分の担当する患者やクライアントに向かうに違いない。また、病棟の管理・運営を行なう看護者集団においても、病棟の患者全員に対する看護行為に加えて、個別担当看護制を実施している所は多い。

これら個別担当制は、患者・クライアントに対する治療・援助責任を明確にする。すなわち、援助者の行った治療・援助行為が対象者にどのような影響をもたらし、その結果がどうであったかが明確に示されると同時に、治療・援助者は対象者に対する治療・援助技術について責任が求められる。また、治療・援助を有効なものにする上で必要なクライアントの環境的情報や経済的情報、そして思考的、情緒的、身体的情報などの収集は個別担当者の義務となる。仮に患者やクライアントに対する治療・援助効果を期待して集団的プログラムへの参加を勧め、あるいはそのようなプログラムを創出したとしても、そこで得られたクライアントに関する情報は、個別的な治療・援助の方針にフィードバックされる。つまり、集団プログラムは個人的治療・援助のためのツールとして位置付けることが可能である。

では、なぜ小規模授産施設では個別担当制が採用されていないのであろうか？ それは授産施設の従来活動の多くが、専任スタッフが利用者と一緒に内職作業やその他の活動に取り組むという集団的処遇が前提であったためであろう。また、歴史的経過を持つ医療機関や公的相談機関の専門職種と異なり、授産施設援助スタッフの専門職としての社会的認知の程度は、まだまだ低い。また、低廉な補助金体系のために身分や待遇が不安定な状況に置かれたことが専任スタッフの流出を招き、地域リハビリテーション機関としての専門的・技術的蓄積が困難な状況にあったとも考えられる。これらの要因が、集団的プログラムから専門的で個別的な援助体系への移行を困難にさせた理由ではなかろうか。

4. 3 利用メンバーの個人記録が不在

ソーシャルワーク援助における記録の目的を大別すると、①クライアントにより良い専門的サービスを提供し、クライアントの生活の質を向上させる目的、②福祉サービスを提供する機関や施設の運営管理の目的、③ソーシャルワーカーの教育や現任訓練、スーパービジョンを行なう目的、④ソーシャルワークに関する調査や研究、あるいはソーシャルワークに関する新しい知識を生み出す目的の4項目に分類される（佐藤 1996）。中でも記録の第一義的な目的は、クライアントにより良い福祉サービスを提供するためである（小嶋

2002). 記録はクライアント自身とその取り巻く状況、そしてクライアントの福祉サービスに対するニーズを明らかにする情報を多く含んでおり (Kagle 1991), ソーシャルワーカーは記録によって福祉実践の振り返りや、実践内容とその効果を評価することが可能になる (狭間 2004). このように記録は、ソーシャルワーク実践におけるクライアント援助において重要な意味を持つ.

しかし、本論における社会福祉法人のスタッフたちは、日常援助実践における援助対象者たちの個別ケース記録を作成していなかった. すなわち、援助の目的や援助の方法、援助を行なったことによる利用者の社会的機能の変化や、利用者を取り巻く環境の変化など、利用者と援助者との援助的プロセスの歴史が文書として残されない. この結果、利用者にとっての援助行為の妥当性の検証と、援助の目的や方法の再構成を行なう際の実証的根拠が不明瞭なものになりかねない. たとえ集団担当制であっても、施設の利用者に対する生活支援の全体的な方向性と、集団プログラムが維持されることは可能であろう. しかし、利用者の個別的ニーズに対する援助に取り組む上での、スタッフの個々のケースへの援助行為の責任性やソーシャルワーク援助技術の熟達、そして援助の継続性 (他のソーシャルワーカーへの引継ぎも含めて) という、ソーシャルワーカーにとって重要な使命の遂行という点では不十分さが否めない.

精神障害者小規模授産施設でのスタッフ配置が充分でなく、そのような環境下で利用メンバーとの関わりを優先した場合、記録に割く時間の捻出が困難であるという事情はあるにせよ、自分たちの実践を明文化し、実践内容の検証を行ない、援助技術を高めていく作業は、近年その役割の重要性が急速に高まっている地域リハビリテーション機関の援助スタッフにとって、待遇面を含めた地位と専門性の向上を高めるという上でも重要であろう.

まとめ

本研究は、第一段階の精神障害者小規模授産施設のスタッフへの心理社会的リハビリテーションの教育トレーニングプログラムの作成という点では、一定の成果を得たと考える. しかし臨床研究という事情もあって、研究の対象となった施設やスタッフの数が限られたため、結果を一般化することは困難である. 今後さらに、多くの施設やスタッフでの同様の研究が必要であろう. 第二段階のプログラムの実践への応用は、段階途中で中止せざるを得なくなり、その結果を得ることができなかった.

本研究には、このような限界があるものの、授産施設による新たな取り組みが今後一層

求められることは明らかであろう。なぜならば、障害者自立支援法（現在は障害者総合支援法）は、利用者個々人の援助プランの作成と援助の効果評価を求めているからである。利用者にとって有用なプランとなるためには、個別の面接においていかにニーズを発見できるか、そしてニーズに対応する援助プランが作成できるかが前提となる。さらには、利用者に寄り添って援助プログラムを実行していく際の援助者の関わり方や、その援助行為の振り返りも求められる。

このような高度化した援助行為への期待に応えるために、通所授産施設は改めて、自分たちの役割が何であるかを体系的に捉えなおす、とりわけ援助者が利用者の今後の生活に対して果たす役割について明確にしていく必要があると考える。その際に、自分たちのスキルアップのための教育プログラムを作成する必要に駆られるかもしれないし、利用者の個別的援助プログラムの作成と実施に取り組むモチベーションを高め、それを維持していく必要性が生じるかもしれない。これらの必要性に関して、今回の論文から見出された知見も応用していけるであろう。

第3章 精神障害者小規模通所授産施設および精神障害者生活支援センター利用者のリハビリテーションニーズに関する量的調査研究―援助者との比較を通して―

はじめに

筆者は、精神障害者通所授産施設の援助スタッフに心理社会的リハビリテーション（Psychosocial Rehabilitation = PSR）に関する教育トレーニングの機会を提供することによって、スタッフが施設利用者のリハビリテーションニーズに対して個別的で効果的な援助プログラムの作成と提供が可能になると考え、教育トレーニングを実施した。

教育プログラムの実施段階では一定の成果を得たと考えるが、結果として引き続く利用メンバーへの個別的リハビリテーションプログラムの作成と実施への取り組みは、前述したように実現しなかった。取り組みの失敗原因の1つには、利用メンバーのリハビリテーションニーズの可視化が不十分で、援助スタッフに個別的プログラムの作成の必要性を実感させるだけの根拠を提供できなかったことが考えられる。

そこで筆者は、利用メンバーのニーズを可視化させることによってプログラム作成の根拠を得るため、利用メンバーのリハビリテーションニーズの把握を目的とした、アンケート調査に基づく量的調査研究を行なった。

調査では、利用メンバーだけのニーズにとどまらず、援助スタッフがメンバーに提供することが必要と考えるサービス内容も併せて把握するために、通所授産施設や精神障害者生活支援センターのスタッフに対しても調査を実施した。なお、調査対象に精神障害者生活支援センターの利用者や援助者も含めた理由は、メンバーが生活支援センターを利用する動機として、日中の過ごし場所や仲間作りの機会、ノーマルな日常生活リズムの確保などを挙げているからである。つまり、これらのニーズは社交・対人交流のためのリハビリテーションニーズとして捉えることが可能と考えられたため、調査の対象に加えた。

第1節 調査の方法

1. 調査票の作成

アンケート調査票は、Cnaan その他（1988, 1989, 1990, 1992）が心理社会的リハビリテーション（Psycho-Social Rehabilitation）の原則を見出すために、研究者、実践家そしてサービス利用者に対して行なったアンケート調査で用いた調査表の枠組みを基に、日本の状況を考慮してその内容を一部改定翻訳して作成した。

Cnaan らは PSR に関する膨大な文献レビューを行ない、共通して強調されていた概念をカテゴリー化した結果、13 の項目を見出した。そしてそれらに 2 つの概念を加え、PSR の原則として仮定したものが、下の表 34 である。

表 34. Cnaan et al. が仮定した PSR の 15 原則

原則名	定義
1. 人間能力の最大活用	個人は最も効率的な機能レベルが得られるように援助されるべきである。
2. 技術の習得	個人は社会的、職業的、教育的、対人関係的技術を身に付けることができる。
3. 自己決定	個人は権利と自己決定の責任を持つ。
4. ノーマライゼーション	サービスは、できるだけノーマルな環境の中で提供されるべきである。
5. 個別的なニーズとケア	リハビリテーションプランは個別化され、各々の道筋とスピードに添ってアシストされる。
6. スタッフの責務	スタッフには深い使命があり、リハビリテーションに責任を持つスタッフの有無によって効果に差が出る。
7. サービスの脱専門主義化	スタッフとクライアントの関係は個人的な 1 対 1 のパートナーシップで作られ、専門的権威性やバリアを持たない。
8. 早期介入	再発・再入院を減らし、最大限のスキル獲得と地域とのつながりを保つ。
9. 環境へのアプローチ	クライアントを取り巻く環境資源のサービスへの提供と、環境におけるサポート的要素の創出と強化を行なう。
10. 社会変革	サービスはインフォーマル資源から社会的諸制度まで、環境と社会の変革のために行なわれる。
11. 無制限の参加	クライアントはできるだけ長い期間サービスを利用できる。
12. 雇用の強調	労働は多くのリハビリテーションプロセスの中心的テーマである。
13. 医学モデルよりも社会モデル	ケアのモデルは、医学的というよりも社会的である。
14. 弱さよりも強さの強調	病理性よりも、クライアントの強さが強調される。

15. 「ここで今」の強調	クライアントの過去の問題よりも、「ここで今」が強調される。
---------------	-------------------------------

(出典：Cnaan & Blankertz 1992 pp.95-96 をもとに筆者が作成)

Cnaan その他はさらに、これらの PSR 原則を立証するためにそれぞれの原則の趣旨に添った質問を 1 原則ごとに 4 ～ 5 項目、合計 66 項目の質問を作成し、PSR の研究者、サービス実践家、サービス利用者に対してアンケート調査を実施している (巻末資料 8)。

本研究ではこの PSR 原則の枠組みと質問項目を用いて、利用者と援助者が重要と考えるリハビリテーションのサービス内容を明らかにすることを目指した。

研究の実施に先立ち、海外の質問項目を日本で用いる妥当性を確認するべく、筆者と他の研究者 3 名、そして精神障害者リハビリテーション領域の実践家 2 名の合計 6 名で質問項目を検討し、質問内容が重複するものや日本での実践内容にそぐわないもの、利用者にとって質問内容の理解が困難と思われるものを選択した。その結果、8 つの項目がこれらに該当すると考えられたため削除し、58 項目の質問を残した。削除した項目と削除理由は表 35 に示すとおりである。

表 35. オリジナル質問表から削除した質問項目と削除理由

削除した質問項目	削除の理由
8. Teach communication skills to all clients.	項目 6 と質問内容が重複している。
18. Encourage clients to engaged in activities outside the agency, even when they haven't finished the program.	“the program” が利用者には理解しにくい。あるいは作業所での実態に合わない。
28. Engaged in informal conversation with clients on the issues of the day (sport, politics, etc.)	すでに、日常の中で実行されているので質問項目に挙げる必要が無い。
31. Inquire about clients' feelings and ideas regarding personal issues even if these are not directly linked with the programs.	同上
32. Openly expressed their own limitations.	实际的ではなく、利用メンバーが理解しにくい。
36. Encourage employers to contact them in case of withdrawal.	日本の場合、この質問のレベルに達しておらず、実情にそぐわない。
50. Only in specific skills acquiring programs, set clear time limits on participation.	基本的に、日本の作業所ではこのようなプログラムを行っていない。
58. View themselves as just one segment in an multi-service system designed to assist clients.	質問の意味が分かりにくい。

調査では、利用者と援助者の双方を対象に 58 項目の質問を行なった。質問は、利用者と援助者のそれぞれに同じ内容を問う形式としたが、利用者用と援助者用とでは言葉遣いをわずかに変えている。ただし、その操作によって質問の意図が両者で異なることのないよう配慮した。

また、オリジナル調査表は 5 件法で回答を得ていたが、本調査は日米での比較を意図す

るものではなく、むしろ、利用者のニーズの正確な把握に努める意味からも中間的な回答を回避するため、利用者に対しては「強くそう思う」から「全く思わない」までの回答のうちから、援助者に対しては「職務として絶対必要である」から、「職務として全く必要ない」までの回答から1つを選ぶ4件法を用いた。本調査²⁹では、リサーチクエスチョンとして、以下の4点を設けた。

＜4つのリサーチクエスチョン＞

1. 通所授産施設を利用するメンバーは、援助スタッフに対してどのようなサービスや支援を期待しているのか？一方で、援助スタッフは利用メンバーに対してどのようなリハビリテーションサービスや支援の提供が必要と考えているのか？
2. 利用メンバーの性別や年齢、精神科医療機関の初診年齢や施設の利用期間などの個人属性の違いによって、期待するサービス内容に相違があるのか？
3. 援助スタッフの性別や年齢、経験年数などの個人属性の違いによって、提供が必要であるとするサービスに違いがあるのか？
4. 利用メンバーが感じる利用満足は、どのリハビリテーションサービスと関係があるのか？同様に、援助スタッフの職務満足は、いずれのリハビリテーション原則と対応しているのか？

2. 予備調査の実施

本調査に先立ち、2006年8月から9月にかけて5名の通所授産施設・生活支援センターのスタッフと3名の利用者に、筆者が作成した仮調査票に回答してもらった。その結果、質問の内容や質問意図などについていくつかの指摘を受けたので、筆者以外の4名の研究者と1名の実務家とで質問内容の見直しを行ない、第2・第4・第19項目の質問について修正を行なった。表36がリハビリテーション原則に対応した最終修正後の質問項目である。

表 36. 最終修正後アンケート調査表質問項目（全 58 項目）

<p>原則1. 人間能力の最大活用（4項目）</p> <p>（1）メンバーが地域で生活をしていく上で、自分が元々持っているいろいろな能力を、もっと生かせられるよう応援する。</p> <p>（2）メンバーが今できていることをもっとうまくできるようになれかどうかを評価し、その可能性のない利用者に対しては、現実を受け入れるように手助けする。（3）メンバーがもっとうまく社会で生活ができるようにするため、自分の生活</p>

²⁹ 調査を行なうにあたっては、（財）日本社会福祉共済会平成17年度「社会福祉助成事業」より研究助成を受けた。

能力がどの程度か分かるよう手助けをする。(4)メンバーに地域生活の能力をもっと高めることができることを伝える。

原則2. 技術の習得(3項目)

(5)全てのメンバーに職業的な技術を教える。(6)全てのメンバーに人との上手な就きあい方や、関係のつくり方を教える。(7)全てのメンバーに自立生活技術(洗濯や掃除、食事のしたくなど)を教える。

原則3. 自己決定(4項目)

(8)作業所で新しい援助プログラムを考えるときは、メンバーと一緒に考え、同意を得るようにする。(9)メンバーに作業所を利用する上での目標を立てることを応援する。(10)メンバーには、作業所プログラムの計画やプログラム運営に、メンバーの考えや意見が影響を与えるような役割を持たせる。(11)利用メンバーが参加に納得していないプログラムには、参加を勧められても断るようにメンバーを励ます。

原則4. ノーマライゼーション(5項目)

(12)メンバーが地域社会の中で、当たり前のサービス(たとえば医療を受けることや、ショッピング、映画や娯楽などの)を利用することができるよう、メンバーを励ます。(13)メンバーが時と場所に応じた適切な行動やふるまいをしなければならなかった時は、そのことをメンバーにしっかりと伝える。(14)もしもメンバーが病気の症状や障害に左右されて不適切な行動をとった場合には、その行動に対して注意する。(15)メンバーが生活をする上での基本的な事(家事や洗面、歯みがき、身だしなみなど)を守るように助言をする。(16)メンバーが作業所以外の人たちとも関係を作ることを期待する。

原則5. 個別的な評価とケア(4項目)

(17)メンバーそれぞれが持つ、固有の良いところと弱点とを評価する。(18)それぞれのメンバーに合った、個別的な援助プログラムをメンバーに提供するようにする。(19)それぞれのメンバーの欠点やニーズに基づいた、そのメンバーに必要な生活技術を教えるようにする。(20)メンバーに、それぞれの個人的なペースで活動に取り組むことを認める。

原則6. スタッフの責務(4項目)

(21)スタッフは、メンバーを作業所の活動に取り組ませるよう、精一杯働きかける。(22)スタッフは、メンバーが自分の目標を達成するために努力をし続けるよう、常に勇気づける。(23)スタッフは、メンバーの日常での生活能力面での進歩や、再発の危機などに対して関心をはらい、見通しをもってメンバーに接する。(24)スタッフは、決まりきったプログラムを利用メンバーに用意しない。(25)スタッフは、1日中、いろいろな場面の中でメンバーと関わる。

原則7. 親密なサービス環境(3項目)

(26)スタッフは、メンバーの日ごろの気持ちや考えを、たとえそれが作業所の活動とは関係が無くてもたずねる。(27)スタッフは、スタッフ自身の私生活での楽しみごとにメンバーを誘う。(28)スタッフは、メンバーに対する援助計画の内容やプロセスを秘密にしない。

原則8. 早期介入(4項目)

(29)メンバーの作業所への参加が不規則になったときは、その理由や思い当たる事を家族や友人にたずねる。(30)メンバーが作業所を退所した後も、新しい問題が起きたときには作業所に戻るよう、利用メンバーにすすめる。(31)メンバーが作業所を退所した後も、少なくとも1年間はメンバーとの関わりを維持する。(32)メンバーがストレスを感じたときに精神的にどのようなになり、どのような行動をとってしまいがちになるのかを、メンバー自身が知るのを手助けする。

原則9. 環境資源の活用(4項目)

(33)メンバーのニーズと、そのニーズに対する援助プログラムの内容を家族に伝える。(34)メンバーがニーズを達成するためのプログラムに、家族や友人も関わる。(35)メンバーが家族や友人、医療、福祉関係者などによるサポートネットワークを作り上げるのを手助けする。(36)メンバーが地域の支援活動グループや当事者グループとつながるよう、利用メンバーを応援する。

原則10. 社会変革(4項目)

(37)精神障害者にアパートを貸すよう、家主と交渉する。(38)会社や工場などに就職した精神障害者のために、待遇や賃金について雇い主と交渉する。(39)精神障害者を普通の相談者、あるいは利用者としてみなすよう、地域の公的機関や医療機関に働きかける。(40)精神障害を持つメンバーを家族の一員として受け入れるよう、メンバーの家族に働きかける。

原則11. 制限のない参加(3項目)

(41)利用メンバーが作業所の活動に興味を持ち続けるかぎり、メンバーの受け入れを続ける。(42)今の精神状態や、生活能力の状態がどのようなものであろうとも、全てのメンバーを受け入れる。(43)たとえメンバーに明らかな変化や改善が見られなくても、メンバーと積極的に関わりを続ける。

原則12. 雇用の強調(4項目)

(44)利用メンバーが何らかの仕事に就くよう、応援する。(45)メンバーが仕事を始めるときには、仕事をする上でのアドバイスや応援などの手助けをする。(46)労働の大切さをメンバーと話し合う。(47)メンバーが将来仕事に就くときの準備として、メンバーを作業所内でのいろいろな役割や当番に付かせる。

原則13. 医学よりも社会の強調(3項目)

(48)メンバーに主治医に処方されている薬に頼らないようにすすめる。(49)メンバーに対して、専門的な知識や方法よりもむしろ、世間一般の常識や方法で手助けする。(50)メンバーの障害の部分のみに注目するのではなく、全体的な人間

としてメンバーを見る。

原則 14. 弱さよりも強さの強調（4 項目）

（51）メンバーに対する評価の重要なポイントとして、メンバーの持つ力（能力や経験、人がらなど）を重視する。（52）利用メンバーが力を付けていくために援助プログラムを計画する。（53）メンバーが力を付けていく上での好ましい体験を積むよう、手助けする。（54）メンバーが力を付けることによって困難や障害に打ち勝つことができるよう、メンバーを手助けする。

原則 15. 「ここで今」の強調（4 項目）

（55）スタッフは、メンバーのニーズにこたえることを重点に、業務をする。（56）メンバーの過去の生育上での体験に関心を向けすぎない。（57）メンバーの将来の目的と、その達成のためには何が必要かに関心を向ける。（58）メンバーの過去の失敗や不愉快な体験にとらわれて身動きのとれないメンバーに対しては、新しい方向に向けての働きかけをする。

第 2 節 調査の対象者と調査の方法

1. 調査の対象者

調査の対象者は、近畿地方で有数の商業都市を有する A 県の精神障害者地域生活支援センター連絡協議会と、A 県 B 地域福祉作業所連絡協議会に加盟する団体が運営している精神障害者生活支援センター 10 カ所と、精神障害者小規模通所授産施設 15 カ所、合計 25 カ所の利用者メンバーと援助スタッフであった。

調査に先立って、調査対象である各々の事業所に対してアンケート調査の趣旨説明と調査協力の依頼を行ない、協力の承諾が得られた事業所に利用メンバー用と援助スタッフ用の調査票を配布した。回答にあたっては、事業所ごとにそこに所属するスタッフから、それぞれの利用メンバーに対してアンケート調査の趣旨説明と協力依頼をしてもらった上で集合調査を実施した。調査の実施と回収の期日は 2006 年 11 月 15 日から 12 月 8 日までとしたが、期日終了後に回収できた調査票が回収見込み部数を下回ったため、未回収の事業所に再度調査実施と返送の依頼を行ない、最終の回収期日を 2007 年 1 月 11 日までとした。

回答済み調査票は、各々の協力団体や事業所からの郵送によって回収した。回収した調査票は利用メンバーからのものが 181 通、援助スタッフからのものが 72 通だったが、その中には基本属性のうち、年齢と性別とが記載されていないものが含まれていた。そこで、これらの調査票を欠損データとして削除したところ、利用者データは 174、援助者データは 70 が有効調査データ（有効回答 96%と 97%）となった。そこで本研究では、これらの有効データを用いて分析を行なった。

質問項目は前述した 58 項目の質問とともに、個人属性として利用者に対しては性別、年齢、精神科医療機関への初診年齢、授産施設や地域生活支援センターの利用期間と、利用満足について「非常に満足」から「非常に不満」までの回答を 5 件法でたずねた。援助者には性別、年齢、ソーシャルワーク援助経験年数と、職務満足について「非常に満足」か

ら「非常に不満」まで5件法でたずねた。

2. 対象者の基本属性

有効回答を得た 174 名の利用者のうち、男性は 118 名 (67. 8%), 女性は 56 名 (32. 2%) だった。利用者の平均年齢は 43. 4 歳で、範囲は 21 歳から 70 歳であった。精神科医療機関への初診年齢を問う質問では、利用者 174 名中 157 名から回答を得た。初診の最少年齢は 10 歳で、最高年齢は 59 歳、初診時の平均年齢は 26. 2 歳であった。作業所の利用期間については、163 名から回答が得られ、範囲は 1 年未満から 20 年までで、平均利用期間は 6. 1 年であった。

援助者は、性別と年齢の欠損を除いた70件を有効回答とした。性別の内訳は男性が31名 (44. 3%) , 女性が39名 (55. 7%) であった。援助者の年齢は22歳から64歳の範囲で、平均年齢は35. 56歳であった。援助者のソーシャルワーク援助経験年数では、最小経験年数が 1 年未満、最長経験年数は24年で、平均経験年数は 6 年だった (表37) 。

表 37. 個人属性 (利用者・援助者別表示)

利用者 (n=174)		援助者 (n=70)	
性別 (n=174)	男性=118 (67. 8%) , 女性=56 (32. 2%)	性別 (n=70)	男性=31 (44. 3%) , 女性=39 (55. 7%)
平均年齢 (n=174)	43. 39 (S. D. 11. 04)	平均年齢 (n=70)	35. 56 (S. D. 10. 82)
平均初診年齢 (n=157)	26. 17 (S. D. 9. 13)	平均経験年数 (n=62)	6. 00 (S. D. 4. 86)
平均利用期間 (n=163)	6. 10 (S. D. 5. 08)		

㊦欠損値によって人数が異なる場合はnで示す。

第3節 分析の方法

Cnaan らはリハビリテーション要素として、①人間能力の最大活用、②技術の習得、③自己決定、④ノーマライゼーション、⑤個別的な評価とケア、⑥スタッフの責務、⑦親密なサービス環境、⑧早期介入、⑨環境資源の活用、⑩社会変革、⑪制限のない参加、⑫雇用の強調、⑬医学よりも社会の強調、⑭弱さよりも強さの強調、⑮「ここで今」の強調、の 15 項目を挙げている。

本研究では、以下に記す 4 つの分析を実施した。まず第 1 に、Cnaan らがカテゴリー化したこの 15 項目が、調査によって得られた結果から潜在因子として抽出されるかどうかを確認するために因子分析を行なった。第 2 に、因子ごとに利用者と援助者とで数値化した

回答の平均に有意差があるかどうかをみる目的で、抽出因子を検定変数としてT検定を行なった。第3に、回答者の属性の違いが期待する援助や、提供が必要と考える援助の内容に違いを持たせているかどうかを知るために、利用者と援助者の属性を独立変数にし、抽出因子を従属変数にした一元配置の分散分析と多重比較を行なった。第4に、これらリハビリテーション原則に含まれるいずれのサービスが提供されたときに、利用者は利用満足が得られるのか、そして援助者は、どのようなサービスを提供した時に職務満足が得られるのかを知る目的で、因子と利用満足／職務満足との関連について重回帰分析を行なった。分析にあたっては、統計ソフト SPSS14.0J を使用した。

第4節 リハビリテーション原則の因子分析の結果

先に述べたように、Cnaan らは 15 項目のリハビリテーション要素を挙げており、本調査ではそれぞれの項目に対応した質問を配している。そこで、利用メンバーと援助スタッフから得られた 58 の質問に対する回答データを、主因子法を用いた因子分析を行ない、プロマックス回転を加えた。因子分析の条件としては、初期固有値が 1 以上の因子で、因子負荷量は 0.4 以上、そして因子内項目は 3 以上とした。また、プロマックス回転を採用した理由は、58 の質問項目間での相関が高いと予想されたためである。

因子分析の結果、16 の因子が抽出されたが、回転は収束しなかった。そこで、因子負荷量 0.4 以上の基準を満たさなかった質問項目 (24, 27, 28, 40, 42, 48, 56) を分析の対象から除外し、残った 51 の質問項目に対して 2 回目の因子分析を実施した。その結果、12 の因子が抽出され、回転も 14 回で収束した (累積%=60.86)。しかし、質問項目 47 が基準の因子負荷量を満たさなかった (0.395)、これも分析から除外し、その上で 3 回目の因子分析を行なった。その結果 12 の因子が抽出され (累積%=61.19)、18 回の回転で収束した (表 38)。

表 38. リハビリテーション原則の因子分析の結果

	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	因子 5	因子 6	因子 7	因子 8	因子 9	因子 10	因子 11	因子 12
15. スタッフは、メンバーが生活をする上での基本的な事がら(家事や洗面、歯みがき、身だしなみなど)を守るように助言をする。	0.696	-0.071	0.172	-0.039	-0.218	-0.076	0.107	0.108	-0.145	0.025	0.056	-0.031

13. スタッフは、メンバーが時と場所に応じた適切な行動やふるまいをしなければならなかった時は、そのことをメンバーにしっかりと伝える。	0.665	0.025	-0.096	-0.127	0.196	0.172	-0.074	-0.192	-0.11	0.093	0.017	-0.019
19. スタッフは、それぞれのメンバーの欠点やニーズに基づいた、そのメンバーに必要な生活技術を教えるようにする。	0.637	-0.026	0.11	-0.127	0.118	-0.019	-0.156	0.129	0.013	0.076	-0.053	0.042
18. スタッフは、それぞれのメンバーに合った、個別的な援助プログラムをメンバーに提供するようにする。	0.577	-0.171	0.067	0.267	0.039	0.133	-0.009	-0.03	0.077	-0.067	-0.139	0.109
16. スタッフは、メンバーが作業所以外の人たちとも関係を作ることを期待する。	0.504	0.114	-0.166	-0.068	0.012	-0.094	0.135	0.101	-0.074	0.022	0.106	0.023
12. スタッフは、メンバーが地域社会の中で、当たり前のサービス(たとえば医療を受けることや、ショッピング、映画や娯楽など)を利用できるようになっていくよう、メンバーを勇気づける。	0.409	0.045	0.017	0.301	0.128	-0.032	-0.053	-0.023	-0.183	0.062	0.122	-0.075
17. スタッフは、メンバーそれぞれが持つ、固有の良いところと弱点とを評価する。	0.357	-0.07	0.06	0.178	0.039	0.025	-0.124	0.151	-0.033	0.096	0.114	0.173
20. スタッフは、メンバーに、それぞれの個人的なペースで活動に取り組むことを認める。	0.314	0.313	-0.07	0.242	0.019	-0.058	-0.087	-0.227	0.015	0.007	0.114	0.193
41. スタッフは、利用メンバーが作業所の活動に興味を持ち続けるかぎり、メンバーの受け入れを続ける。	-0.015	0.778	0.005	0.027	-0.104	-0.027	-0.061	-0.148	0.049	0.186	-0.086	-0.044
43. スタッフは、たとえメンバーに明らかな変化や改善が見られなくても、メンバーと積極的に関わりを続ける。	0.001	0.738	0.176	0.181	-0.233	-0.086	0.05	-0.024	0.047	-0.127	-0.051	0.085
45. スタッフは、メンバーが仕事を始めるときには、仕事をする上でのアドバイスや応援などのサポートをする。	-0.219	0.508	0.011	-0.097	0.252	0.19	-0.029	0.089	0.014	0.032	-0.014	-0.026

54. スタッフは、メンバーが力をつけることによって困難や障害に打ち勝つことができるよう、メンバーをサポートする。	0.041	0.486	0.118	-0.063	0.023	0.201	0.036	-0.097	0.001	-0.029	0.02	0.114
58. スタッフは、メンバーの過去の失敗や不愉快な体験にとらわれて身動きのとれないメンバーに対しては、新しい方向に向けての働きかけをする。	-0.042	0.438	-0.252	0.335	0.007	-0.041	0.029	0.082	0.025	0.096	0.136	0.175
36. スタッフは、メンバーが地域の支援活動グループや当事者グループとつながるよう、利用メンバーを応援する。	0.173	0.423	0.225	0.071	-0.066	0.07	0.014	0.038	0.072	-0.007	-0.129	-0.233
46. スタッフは、労働の大切さをメンバーと話しあう。	-0.029	0.367	0.043	-0.191	0.251	-0.039	0.087	0.159	-0.11	0.108	-0.057	0.175
9. スタッフは、メンバーが作業所を利用する上で、自分自身の目標を立てることを応援する。	0.099	0.339	0.073	0.023	0.148	-0.036	-0.056	0.161	0.082	-0.086	0.036	0.088
44. スタッフは、利用メンバーが何らかの仕事に就くよう、上げます。	-0.138	0.302	0.24	0.084	-0.095	0.047	0.193	0.046	0.04	0.089	-0.027	-0.022
55. スタッフは、メンバーのニーズにこたえることを重点に、業務をする。	0.004	0.289	0.029	-0.095	0.074	0.259	-0.122	0.113	0.03	0.037	0.019	0.08
2. スタッフは、メンバーが今できていることを、もっとうまくできるようになれるかどうかを評価し、その可能性のない利用者に対しては、現実を受け入れるように助ける。	-0.094	0.043	0.68	0.207	0.059	0.002	-0.135	-0.104	0.02	0.11	0.145	-0.115
5. スタッフは、すべてのメンバーに職業的な技術を教える。	-0.052	0.042	0.617	0.07	0.056	0.103	0.039	-0.053	0.032	0.065	0.008	-0.058
7. スタッフは、全てのメンバーに自立生活技術(洗濯や掃除、食事のしたくなど)を教える。	0.364	0.114	0.574	-0.133	-0.025	-0.171	0.101	-0.016	-0.005	-0.087	-0.02	-0.001
23. スタッフは、メンバーの日常での生活能力面の進歩や、再発の危機などに対して関心をはらい、見通しをもってメンバーに接するべきだ。	-0.21	0.041	0.127	0.784	-0.01	0.087	0.064	0.12	-0.153	0.031	-0.034	0.02
1. スタッフは、メンバーが地域生活をしていく上で、自分自身の持っているいろいろな能力を、最も高いレベルに引き上げるように応援する。	-0.085	0.001	0.33	0.455	0.277	-0.06	-0.113	0.05	0.11	-0.125	0.148	0.016

26. スタッフは、メンバーの日ごろの気持ちや考えを、たとえそれが作業所の活動とは関係が無くてもたずねる。	0.204	-0.012	-0.05	0.372	-0.055	0.088	-0.07	0.23	0.13	-0.068	-0.033	-0.094
32. スタッフは、メンバーがストレスを感じたときに精神的にどのようなになり、どのような行動をとってしまいがちになるのかを、メンバー自身が知るのを手助けする。	0.216	0.166	-0.15	0.251	0.148	0.225	-0.028	0.085	0.107	0.045	-0.194	-0.086
25. スタッフは、1 日中、いろいろな場面の中でメンバーと関わる。	0.178	-0.072	0.03	0.199	-0.059	0.099	0.107	0.055	0.05	0.138	0.096	0.132
8. 作業所で新しい援助プログラムを考えるとときは、メンバーと一緒に考えて、その同意をえるようにする。	0.042	-0.101	-0.01	0.068	0.681	-0.014	-0.037	0.032	0.064	-0.138	0.189	0.138
3. スタッフは、メンバーがもっとうまく社会で生活ができるようにするため、自分の生活能力がどの程度かわかるように手助けをする。	0.124	-0.049	0.119	-0.019	0.48	0.013	0.021	0.12	-0.028	0.116	-0.024	0.031
14. スタッフは、もしもメンバーが病気の症状や障害に左右されて不適切な行動をとった場合には、その行動に対して注意する。	0.006	0.021	0.029	0.233	0.414	-0.165	0.2	-0.238	0.022	0.26	-0.053	-0.005
6. スタッフは、すべてのメンバーに人との上手な付きあい方や、関係のつくり方を教える。	0.275	-0.107	0.287	-0.207	0.369	-0.027	0.134	-0.042	0.161	0.046	-0.003	0.038
10. スタッフは、作業所プログラムの計画やプログラム運営にメンバーの考えや意見が影響を与えるような役割をメンバーに持たせる。	0.093	-0.093	-0.099	0.121	0.356	0.031	0.212	0.122	-0.025	-0.071	0.243	-0.083
49. スタッフはメンバーに対して、専門的な知識や方法よりもむしろ、世間一般の常識や方法で援助する。	-0.166	-8.47E-05	0.144	0.096	0.234	0.202	0.092	-0.023	-0.161	0.09	0.004	0.18
57. スタッフは、メンバーの将来の目的と、その達成のためには何が必要かに関心を向ける。	0.115	0.069	-0.078	0.001	-0.106	0.717	0.015	-0.071	0.075	-0.014	0.035	0.039
51. スタッフは、メンバーに対する評価の重要なポイントとして、メンバーの持つ力(能力や経験、人がらなど)を重視する。	-0.063	-0.018	0.046	0.198	0.01	0.688	-0.026	-0.167	0.024	0.013	-0.086	0.131

53. スタッフは、メンバーが力を付けていく上での好ましい体験を積むよう、手助けする。	0.092	0.077	-0.023	-0.081	0.096	0.501	0.218	0.04	-0.109	-0.055	0.11	-0.114
4. スタッフは、メンバーが地域生活の能力をもっと高めることができることを、メンバーに伝える。	0.049	-0.024	0.17	0.086	0.303	0.371	-0.15	0.061	-0.053	-0.096	0.028	-0.095
39. スタッフは、精神障害者を普通の相談者、あるいは利用者としてみなすよう、地域の公的機関や医療機関に働きかける。	-0.075	0.016	0.005	0.157	0.26	-0.183	0.798	0.004	-0.063	-0.151	-0.079	-0.059
38. スタッフは、会社や工場などに就職した精神障害者のために、待遇や賃金について雇い主と交渉する。	0.007	0.031	-0.014	-0.132	-0.201	0.175	0.648	-0.042	0.208	-0.037	0.108	0.042
37. スタッフは、精神障害者にアパートを貸すよう、家主と交渉する。	0.02	-0.128	-0.033	-0.06	0.031	0.08	0.459	0.079	0.133	0.145	-0.018	0.18
35. スタッフは、メンバーが家族や友人、医療、福祉関係者などによるサポートネットワークを作り上げるのをサポートする。	0.204	0.151	-0.13	0.189	0.137	0.068	0.231	0.02	0.092	-0.091	-0.153	0.084
33. スタッフは、メンバーのニーズと、そのニーズに対する援助プログラムの内容を家族に伝える。	0.124	0.039	-0.088	0.061	0.137	-0.248	-0.052	0.822	0.101	0.07	-0.048	-0.101
34. メンバーがニーズを達成するためのプログラムに、家族や友人も関わる。	-0.036	-0.115	-0.039	0.123	-0.015	0.066	0.074	0.63	0.158	-0.005	0.002	-0.088
29. スタッフは、メンバーの作業所への参加が不規則になったときは、その理由や思い当たることを家族や友人にたずねる。	0.049	-0.134	-0.039	0.208	-0.139	0.055	0.066	0.43	0.001	0.334	-0.093	-0.02
30. スタッフは、メンバーが作業所を退所した後も、新しい問題がおきたときには作業所に戻るよう、利用メンバーにすすめる。	-0.152	0.182	-0.081	-0.118	0.069	-0.047	0.021	0.194	0.728	0.069	0.154	-0.017
31. スタッフは、メンバーが作業所を退所した後も、少なくとも1年間はメンバーとのかかわりを維持する。	-0.124	-0.044	0.177	0.028	0.005	0.093	0.151	0.066	0.594	-0.004	0.052	0.062
52. スタッフは、利用メンバーが力を付けていくために援助プログラムを計画する。	0.186	0.176	0.137	0.18	-0.043	0.09	0.1	0.18	-0.241	-0.055	-0.011	0.159

22. スタッフは、メンバーが自分の目標を達成するために努力をし続けるよう、常にはげますようにする。	0.123	0.134	0.075	-0.054	-0.021	-0.022	-0.151	0.124	0.041	0.741	0.022	-0.019
21. スタッフは、メンバーを作業所の活動に取り組ませるよう、精一杯働きかける。	0.15	0.026	0.242	0.029	-0.079	-0.001	0.12	-0.044	0.035	0.372	0.199	-0.29
11. スタッフは、利用メンバーが参加に納得していないプログラムには、参加を勧められてもことわるようにメンバーを勇気づける。	0.058	-0.092	0.146	-0.002	0.204	-0.013	-0.014	-0.081	0.166	0.048	0.653	0.111
50. スタッフは、メンバーの障害の部分にのみ注目するのではなく、全体的な人間としてメンバーを見る。	0.16	0.237	-0.138	0.074	0.106	0.084	0.032	-0.191	0.079	-0.078	0.12	0.519
固有値	13.669	2.039	1.656	1.221	1.076	1.008	0.885	0.762	0.707	0.661	0.569	0.519
寄与率	27.338	4.079	3.313	2.442	2.152	2.015	1.71	1.523	1.414	1.321	1.137	1.038

これらの因子のうちで、因子負荷 0.4 未満の質問項目（20, 46, 9, 44, 55, 26, 32, 25, 8, 6, 10, 49, 4, 35, 52, 21）を削除し、その上で因子内項目 3 以上の条件を満たしたものは 7 因子だったため、それ以外の因子については分析対象から除外した。そして、それぞれ因子ごとに信頼性分析を実施したところ、クロンバック α 信頼性係数は 0.632～0.799 の値を得た（表 39）。

表 39. 分析の条件を満たした因子の信頼性分析の結果

分析の条件を満たした因子	
因子ナンバー	クロンバック α
第 1 因子	0.799
第 2 因子	0.795
第 3 因子	0.700
第 4 因子	0.632
第 5 因子	0.708
第 6 因子	0.696
第 7 因子	0.698

因子分析の結果は、Cnnan その他が構成したリハビリテーション原則の枠組みを再構成することとなった。すなわち、第 1 因子はリハビリテーション原則④「ノーマライゼーション」、原則⑤「個別的ニーズとケア」を含んでいたため、因子を構成する項目内容から新たに「基本的な生活ニーズの充足とノーマルな社会的関係の援助」と名付けた。同様に、

第2因子は原則⑨「環境へのアプローチ」、原則⑪「無制限の参加」、原則⑭「弱さよりも強さの強調」を含むため、その内容から「援助者の肯定的態度と積極的な関わり」と命名した。

以下、第3因子は原則①「人間能力の最大活用」、原則②「技術の習得」を含むため、「社会的・経済的自立に向けた援助」と、第4因子は原則③「自己決定」、原則①「人間能力の最大活用」、原則④「ノーマライゼーション」で構成されたので、「社会的機能を高めるプログラム開発への参加」と名付けた。

第5因子は原則⑭「弱さよりも強さの強調」、原則⑮「『ここで今』の強調」を含んだため、「ゴール実現に向けたストレングスの重視と強化」と命名した、第6因子は原則⑩「社会変革」を含むため、「社会変革：援助者のアドボケート役割の強調」とした。

そして第7因子は原則⑧「早期介入」と原則⑨「環境へのアプローチ」を含んでいたもので、「家族や友人の協力とサポート」と新たに命名した。

これらの新たに命名した因子を、以下の表 40～46 で示す。

表 40. 第1因子名と因子パターン行列

因子名	因子番号と因子負荷量						
第1因子「基本的な生活ニーズの充足とノーマルな社会的関係の援助」	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
15.スタッフは、メンバーが生活をする上での基本的な事から（家事や洗面、歯みがき、身だしなみなど）を守るように助言をする。	0.696	-0.071	0.172	-0.218	-0.076	0.107	0.108
19.スタッフは、それぞれのメンバーの欠点やニーズに基づいた、そのメンバーに必要な生活技術を教えるようにする。	0.665	0.025	-0.096	0.196	0.172	-0.074	-0.192
13.スタッフは、メンバーが時と場所に応じた適切な行動やふるまいをしなければならないと思った時は、そのことをメンバーにしっかりと伝える。	0.637	-0.026	0.110	0.118	-0.019	-0.156	0.129
18.スタッフは、それぞれのメンバーに合った、個別的な援助プログラムをメンバーに提供するようにする。	0.577	-0.171	0.067	0.039	0.133	-0.009	-0.030
16.スタッフは、メンバーが作業所以外の人たちとも関係を作ることを期待する。	0.504	0.114	-0.166	0.012	-0.094	0.135	0.101
12.スタッフは、メンバーが地域社会の中で、当たり前のサービス（たとえば医療を受けることや、ショッピング、映画や娯楽など）を利用できるようになっていくよう、メンバーを勇気づける。	0.409	0.045	0.017	0.128	-0.032	-0.053	-0.023

表 41. 第 2 因子名と因子パターン行列

因子名	因子番号と因子負荷量						
第2因子「援助者の肯定的態度と積極的な関わり」	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
41.スタッフは、利用メンバーが作業所の活動に興味を持ち続けるかぎり、メンバーの受け入れを続ける。	-0.015	0.778	0.005	-0.104	-0.027	-0.061	-0.148
43.スタッフは、たとえメンバーに明らかな変化や改善が見られなくても、メンバーと積極的に関わりを続ける。	0.001	0.738	0.176	-0.233	-0.086	0.050	-0.024
45.スタッフは、メンバーが仕事を始めるときには、仕事をする上でのアドバイスや応援などのサポートをする。	-0.219	0.508	0.011	0.252	0.190	-0.029	0.089
54.スタッフは、メンバーが力をつけることによって困難や障害に打ち勝つことができるよう、メンバーをサポートする。	0.041	0.486	0.118	0.023	0.201	0.036	-0.097
58.スタッフは、過去の失敗や不愉快な体験にとらわれて身動きのとれないメンバーに対しては、新しい方向に向けての働きかけをする。	-0.042	0.438	-0.252	0.007	-0.041	0.029	0.082
36.スタッフは、メンバーが地域の支援活動グループや当事者グループとつながるよう、利用メンバーを応援する。	0.173	0.423	0.225	-0.066	0.070	0.014	0.038

表 42. 第 3 因子名と因子パターン行列

因子名	因子番号と因子負荷量						
第3因子「社会的・経済的自立に向けた援助」	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
2.スタッフは、メンバーが今できていることを、もっとうまくできるようになれるかどうかを評価し、その可能性のない利用者に対しては、現実を受け入れるように助ける。	-0.094	0.043	0.680	0.059	0.002	-0.135	-0.104
5.スタッフは、すべてのメンバーに職業的な技術を教える。	-0.052	0.042	0.617	0.056	0.103	0.039	-0.053
7.スタッフは、全てのメンバーに自立生活技術(洗濯や掃除、食事のしかなど)を教える。	0.364	0.114	0.574	-0.025	-0.171	0.101	-0.016

表 43. 第 4 因子名と因子パターン行列

因子名	因子番号と因子負荷量						
第4因子「社会的機能を高めるプログラム開発への参加」	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
8.作業所で新しい援助プログラムを考えるとときは、メンバーと一緒に考えて、その同意をえるようにする。	0.042	-0.101	-0.010	0.681	-0.014	-0.037	0.032
3.スタッフは、メンバーがもっとうまく社会で生活ができるようにするため、自分の生活能力がどの程度かわかるように手助けをする。	0.124	-0.049	0.119	0.480	0.013	0.021	0.120
14.スタッフは、もしもメンバーが病気の症状や障害に左右されて不適切な行動をとった場合には、その行動に対して注意する。	0.006	0.021	0.029	0.414	-0.165	-0.200	-0.238

表 44. 第 5 因子名と因子パターン行列

因子名	因子番号と因子負荷量						
第5因子「ゴール実現に向けたストレングスの重視と強化」	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
57.スタッフは、メンバーの将来の目的と、その達成のためには何が必要かに関心を向ける。	0.115	0.069	-0.078	-0.106	0.717	0.015	-0.071
51.スタッフは、メンバーに対する評価の重要なポイントとして、メンバーの持つ力(能力や経験、人がらなど)を重視する。	-0.063	-0.018	0.046	0.010	0.688	-0.026	-0.167
53.スタッフは、メンバーが力を付けていく上での好ましい体験を積むよう、手助けする。	0.092	0.077	-0.023	0.096	0.501	0.218	0.040

表 45. 第 6 因子と因子パターン行列

第6因子「社会変革: 援助者のアドボケート機能の強調」	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
39. スタッフは、精神障害者を普通の相談者、あるいは利用者としてみなすよう、地域の公的機関や医療機関に働きかける。	-0.075	0.016	0.005	0.260	-0.183	0.798	0.004
38. スタッフは、会社や工場などに就職した精神障害者のために、待遇や賃金について雇い主と交渉する。	0.007	0.031	-0.014	-0.201	0.175	0.648	-0.042
37. スタッフは、精神障害者にアパートを貸すよう、家主と交渉する。	0.020	-0.128	-0.033	0.031	0.080	0.459	0.079

表 46. 第 7 因子と因子パターン行列

因子名	因子番号と因子負荷量						
第7因子「家族・友人の協力とサポート」	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
33. スタッフは、メンバーのニーズと、そのニーズに対する援助プログラムの内容を家族に伝える。	0.124	0.039	-0.088	0.137	-0.248	-0.052	0.822
34. メンバーがニーズを達成するためのプログラムに、家族や友人も関わる。	-0.036	-0.115	-0.039	-0.015	0.066	0.074	0.630
29. スタッフは、メンバーの作業所への参加が不規則になったときは、その理由や思い当たることを家族や友人にたずねる。	0.049	-0.134	-0.039	-0.139	0.055	0.066	0.430

因子間相関	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
第1因子	—	0.55	0.34	0.51	0.50	0.43	0.42
第2因子		—	0.31	0.55	0.61	0.52	0.42
第3因子			—	0.36	0.41	0.43	0.61
第4因子				—	0.50	0.31	0.35
第5因子					—	0.54	0.55
第6因子						—	0.55
第7因子							—

第 5 節 因子ごとにおける利用者と援助者の回答平均の T 検定

本節から以降は、筆者が設けた 4 つのリサーチクエスションに答えるべく、分析の結果に考察を加えていく。

リサーチクエスション 1：通所授産施設を利用するメンバーは、援助スタッフに対してどのようなサービスや支援を期待しているのか？一方で、**援助スタッフは利用メンバーに対してどのようなリハビリテーションサービスや支援の提供が必要と考えているのか？**

この問いに答えるためには、因子ごとでの利用者と援助者の回答の平均値に有意差があるかどうかをみる必要がある。

そこで、7 つの因子に含まれる項目（第 1 因子＝15, 13, 19, 18, 16, 12；第 2 因子＝41, 43, 45, 54, 58, 36；第 3 因子＝2, 5, 7；第 4 因子＝8, 3, 14；第 5 因子＝57, 51, 53；第 6 因子＝39, 38, 37；第 7 因子＝33, 34, 29）について、4 件法で得た回答の総得点の平均値を検定変数にして T 検定を行なった。

その結果、第 1 因子「基本的な生活ニーズの充足と健全な社会的関係の援助」（ $F = 13.55$,

p<0.001) と、第3因子「社会的・経済的自立に向けた援助」(F=15.74, p<0.01), そして第5因子「ゴール実現に向けたストレングスの重視と強化」(F=5.213, p<0.05) が統計的に有意であった。これらのうち、利用者の回答の平均が援助者のそれを上回った因子は第3因子 (m=2.70, S. D=0.713) で、援助者の回答の平均が利用者を上回ったのは第1因子 (m=3.14, S. D=0.362) と第5因子 (m=3.23, S. D=0.43) だった (表 47)。

表 47. 因子ごとの利用者回答と援助者回答との T 検定

因子	利用者平均値	援助者平均値	t 値	有意確率	グループ間の違い
1. 「基本的な生活ニーズの充足とノーマルな社会的関係の援助」	2.91 (n=166)	3.14 (n=66)	-3.632	.000***	利用者<援助者
2. 「援助者の肯定的態度と積極的な関わり」	3.10 (n=163)	3.04 (n=60)	1.039	N. S.	利用者>援助者
3. 「社会的・経済的自立に向けた援助」	2.70 (n=168)	2.44 (n=69)	3.476	.001**	利用者>援助者
4. 「社会的機能を高めるプログラム開発への参加」	3.03 (n=164)	3.12 (n=66)	-1.274	N. S.	利用者<援助者
5. 「ゴール実現に向けたストレングスの重視と強化」	3.05 (n=165)	3.23 (n=65)	-2.456	.015*	利用者<援助者
6. 「社会変革：援助者のアドボケート機能の強調」	2.72 (n=164)	2.77 (n=62)	-.551	N. S.	利用者<援助者
7. 「家族・友人の協力とサポート」	2.47 (n=168)	2.61 (n=63)	-1.733	N. S.	利用者<援助者

*P<.05, **P<.01, ***P<.001, N. S.: Non Significant.

利用者の回答平均が援助者を有意に上回った因子は、新原則③「社会的・経済的自立に向けた援助」(P<.01) だった。この原則に含まれる項目は、職業的技術や洗濯、掃除、食事の用意などの日常生活上での手段的な技術を、援助者の助けによって身に付けるというものである。これらの項目は、個人が自立した社会生活を営む上で欠かせない要素であり、個人の QOL のレベルにも大きく関与するものであるのだが、利用メンバーは援助者が予測しているよりも、これら社会生活上の基本的な要素が充足されていないと感じていることが分かった。

これは何を意味しているのだろうか？代表的な精神疾患である統合失調症は、一般的に多くが青年期に発症するといわれる (荻野 1978)。この時期は、清潔保持や身の安全確保などの日常生活技術が十分に確立され、個人が環境との相互作用の中で好ましい社会的関係性を作り上げる能力と体験を得る時期と考えられる。また、職業生活に向けての準備段階の時期でもある。すなわち、精神障害者たちは、発病によってノーマルな社会生活上の技術や対人交流技術を身につける機会が損なわれた人達ということができよう。それが

本調査の中で、利用メンバーの要望として表明されているのかも知れない。

他方、援助スタッフの回答平均が利用メンバーの回答の平均を有意に上回った因子項目は、新原則①「基本的な生活ニーズの充足とノーマルな社会関係の援助」($P<0.001$)と、新原則⑤「ゴール実現に向けたストレングスの重視と強化」($P<0.05$)であった。

ここで注意しなければならないことは、利用メンバー自身は、自分たちにとって日常生活上の職業的・手段的スキルの習得が必要と考えるが、援助スタッフが利用メンバーにとって必要と考える生活技術は、洗身、洗顔、歯磨きなどの清潔保持や、身綺麗な身だしなみ、状況にふさわしい言動など、より基本的で周囲に違和感を持たせない立ち居振る舞いであって、それが身につくような個別プログラムの提供が必要と考えていることである。また、メンバーの地域社会内での趣味や娯楽などの活動範囲や、対人交流の幅は通常の個人よりもかなり狭いと捉えており、その幅を広げる必要性を考えているようだ。

生活技術をめぐるこのギャップについては、2つの解釈ができるかもしれない。1つは、メンバーは自分たちの日常生活能力を過大に評価しており、実際のところは職業的スキルなどの難易性の高い技術習得よりもむしろ、より基本的な身の安全や清潔保持を主眼とした生活技術を身に付けるほうが優先されるというものである。

2つ目は、援助スタッフ側が利用メンバーの日常生活技術に対して過小評価をしている可能性である。つまり、利用メンバーたちはスタッフが思っている以上に基礎的な生活技術は身に付いており、その領域に対する援助は不必要と思っている、という解釈である。

現時点では、どちらの解釈がより適切かについて断言できないが、このギャップ解消にむけて実施できることはあるだろう。それは、利用メンバーと援助スタッフとが日常生活能力に対する評価を両方で突き合わせることによって、それぞれが持つ評価の揺れ幅を小さくし、評価を客観的で妥当なものにすることである。

例えば、利用者は就労に対する援助をしてほしいと希望したとして、しかしその身なりや清潔保持の程度、あるいは態度や行動が職場という社会環境にふさわしくないのであれば、その改善が職業技術の習得よりも優先されるだろう。すなわち、両者による評価の突き合わせなのである。

ただし、利用者たちの経済的自立に対するニーズを無視するわけにはいかない。なぜならば、大阪府精神科診療所協会が実施した通院精神障害者に対する就労調査アンケートで、994名の回答者の58%が就労を希望しているように（田川 2005）、就労／経済的自立は精神障害者にとって切迫したニーズなのである。このニーズの高さは、裏返せば、精神障害

者が正規雇用就くことの困難さを示すものであろう。

「**ゴール実現に向けたストレングスの重視と強化**」に対する援助者回答が、利用者よりも有意に高かったことは、ジェネラリストソーシャルワークの根幹ともいえるエンパワメントとストレンクス視点が精神障害者福祉の実践領域においても強調され、尊重されている現われと見ることができよう。すなわち、クライアントの弱点よりもむしろ強さに注目し、その力を引き出して高め、弱点を補完することを日常援助のなかで意識していることがわかる。

精神障害者福祉援助は、クライアントのニーズに基づいたプランニングに沿って、数年間のスパンで行なわれる場合が多い。援助プランは緊急性や即応性など、その時々ニーズに応じながら短期・中期・長期の時間軸で立案され、クライアントのゴールに向けた具体的なサービスプログラムが利用者に提供される。そのため援助者は、援助プロセスの全体を俯瞰的に見通す能力が求められる。

援助プランや、サービスプログラムの内容と目的は、利用者と援助者とが共有し、折々に再評価することが前提となる。しかし利用者は、中期や長期といった将来の見通しよりも、今、直面している喫緊の課題に対処することで精一杯という状況下にあるかもしれない。つまり、それだけの余裕が無いということである。この解釈が正しいのであれば、「**ストレングスの重視と強化**」因子で援助者と利用者との回答に有意差が生じたことに対して、説明が可能となろう。

なお、本調査であきらかになった「利用者ニーズ」と「援助者が考える必要な援助」とのずれについては、現場では“ずれ”が生じることは当然であると考えている。そこで重要なのは、援助者がその“ずれ”を認識しているかどうかである。もちろん利用者の満足は重要だが、利用者が自己のニーズをきちんと理解しているか、あるいはニーズを正確に表現できているかが問題であろう。援助者は、専門職として“ずれ”も認識しながら、利用者のニーズを探るのが肝要である。利用者と援助者は敵同士ではなく、“ずれ”をどれだけ摺り合わせることができるかが肝要ということになる。なお、“ずれ”があること自体が、両者がまだわかりあえていない、関係性が熟成されていないとも言えよう。

第6節 利用者の属性別グループ間比較

リサーチクエストン2：利用メンバーの性別や年齢、精神科医療機関の初診年齢や施設の利用期間などの個人属性の違いによって、期待するサービス内容に相違があるのか？

1. 利用者の基本属性と分析の方法

本研究では、通所授産施設・生活支援センター利用者の個人属性（性別、年齢、精神科初診年齢、通所授産施設・生活支援センター利用年数）の違いによって、固有のリハビリテーションニーズが生じるかどうかをリサーチクエスションとして挙げた。この疑問に答えるために、新たに命名した7因子それぞれを従属変数に、利用者の年齢、精神科初診年齢、授産施設などの利用年数を独立変数にして、属性による相違の検証を行なった。

分析方法は、性別についてはT検定を、その他の属性については一元配置分散分析を用いた。また、Turkey の多重比較によって有意な差がみられたグループのペアを有意確率とともに示した。

分析にあたって、利用者の実年齢を5区分（20才～29歳、30歳～39歳、40歳～49歳、50歳～59歳、60歳以上）に分割した。初診年齢についても5区分（19歳まで、20歳～29歳、30歳～39歳、40歳～49歳、50歳以上）に、そして授産施設・生活支援センター利用期間も5区分（3年以下、4年～6年、7年～10年、11年～14年、15年以上）として変数を作成した。この属性区分に従ったところ、年齢階層では、回答者174人中、20歳代が17名（9.8%）、30歳代が55名（31.6%）、40歳代が49名（28.2%）、50歳代が40名（23%）、そして60歳以上の利用者は13名（7.5%）であった。

初診年齢では、利用者174名中157名から回答を得た。初診の最少年齢は10歳で、最高年齢は59歳、初診時の平均年齢は26.17歳であった。初診年齢の階層区分では、19歳までに精神科初診だった者は、有効回答者数157名中43名（24.7%）、20歳代までが69名（39.7%）、30歳代までが29名（16.7%）、40歳代までが10名（5.7%）、そして50歳以上での初診が6名（3.4%）であった。

授産施設等の利用期間については、163名から回答が得られた。範囲は1年未満から20年までで、平均利用期間は6.10年であった。利用期間を階層別でみると、利用3年未満が163名中72名（44.2%）と最も多く、4年から6年の利用が30名（18.4%）、7年から10年が30名（18.4%）で、11年から14年の利用者は20名（12.3%）、そして15年以上作業所を利用している者は11名（6.7%）であった（表48）。

表 48. 利用者個人属性 (n=174)

性別(n=174)	男性=118(67.8%)	女性=56(32.2%)
年齢平均(n=174)	44.45(最小=21, 最大=69, s.d. 11.04)	41.16(最小=24, 最大=70, s.d. 11.25)
初診年齢平均(n=157)	26.59(s. d. 9.12)	25.60(s.d. 9.61)
利用期間平均(n=163)	6.06(s.d. 5.08)	5.52(s.d. 4.64)
年齢階層(n=174)	20～29=10(9.8). 30～39 = 55 (31.6). 40～49 = 49 (28.2). 50～59 = 40 (23.0). 60以上 = 13(7.5).	
初診年齢階層(n=157)	10～19 = 43 (27.4). 20～29 = 69 (43.9). 30～39 = 29 (18.5). 40～49 = 10 (6.4). 50以上 = 6 (3.8).	
利用期間階層(n=163)	1～3 = 72 (44.2). 4～6 = 30 (18.4). 7～10 = 30 (18.4). 11～14 =20 (12.3). 15以上= 11 (6.7).	
各階層の()は%		

2. T検定の結果

2. 1 性別による比較

T検定の結果、利用者の性別においては男性と女性の回答の平均に有意差は見られなかった。

3. 一元配置分散分析の結果と考察

3. 1 年齢属性による比較

表 49 は、性別を除く利用者属性別の一元配置分散分析の結果である。5分割した年齢グループ間で、7つの因子それぞれに対する平均点を比較したところ、新原則①「**基本的な生活ニーズの充足とノーマルな社会関係の援助**」が統計的有意傾向を示した ($F=2.147$, $P=0.078$)。Turkey の多重比較の結果からは、20 歳代グループ ($n=16$, $M=3.22$) と 50 歳代グループ ($n=35$, $M=2.72$) との間に有意差が認められた ($P=0.035$)。

新原則③「**社会的・経済的自立に向けた援助**」は、1%水準で統計的有意差を示し ($F=3.430$, $P=0.010$)、多重比較では、30 歳代 ($n=51$, $M=2.92$) と 50 歳代 ($n=37$, $M=2.41$) との間に有意であった ($P=0.008$)。

また、新原則④「**社会的機能を高めるプログラム開発への参加**」も 5%水準の統計的有意差を示した ($F=2.838$, $P=0.026$)。多重比較からは、20 歳代 ($n=17$, $M=3.35$) と 60 歳代 ($n=10$, $M=2.60$) の間に有意差が見られた ($P=0.020$)。

なお、初診年齢および利用期間の属性の違いによる比較では、いずれも統計的有意差を示さなかった。

表 49. 利用者属性別グループ間比較—分散分析の結果 (n=174)

1) 年齢階層				
新原則①（基本的な生活ニーズの充足とノーマルな社会関係を援助）				
	n	M	S. D.	有意確率
20歳～29歳	16	3.22	0.478	.08>P>.05 (P=.078)
30歳～39歳	52	2.93	0.645	F=2.147
40歳～49歳	47	2.92	0.603	20～29>50～59 (P=.035)
50歳～59歳	35	2.72	0.467	
60歳以上	11	2.9	0.502	
新原則③（社会的・経済的自立に向けた援助）				
	n	M	S. D.	有意確率
20歳～29歳	16	2.9	0.822	P=.010**
30歳～39歳	51	2.92	0.691	F=3.430
40歳～49歳	47	2.6	0.744	30～39>50～59 (P=.008)
50歳～59歳	37	2.41	0.65	
60歳以上	12	2.72	0.312	
新原則④（社会的機能をもつプログラム開発への参加）				
	n	M	S. D.	有意確率
20歳～29歳	17	3.35	0.546	P=.026*
30歳～39歳	51	3.05	0.648	F=2.838
40歳～49歳	47	2.93	0.644	20～29>60～69 (P=.020)
50歳～59歳	34	3.09	0.521	
60歳以上	10	2.6	0.644	
2) 初診年齢階層			N.S.	
3) 利用期間階層			N.S.	

*P<0.05, **P<0.01

この結果に基づいた、利用メンバーの年齢区分による属性の比較では、20 歳代グループが他の年代グループに較べて「基本的な生活ニーズの充足とノーマルな社会関係の援助」を期待する傾向が強い。この因子の構成要素は基本的な生活技術を習得することであり、友好でサポータティブな人間関係が構築でき、社会的サービスを利用することのできる技術である。

本調査の利用者サンプルのうち、20 歳代の構成割合は全体の約 10%だが、初診年齢を見てみると 29 歳までに精神科医療機関を初診した者が、全サンプルの 71.3%を占めている。つまり、生活技術や対人交流技術を身につける上で重要な時期に精神障害を発症した 20 歳代グループは、通常の社会生活上において必要な技術を習得する機会を逸したグループということもできよう。それは他の年齢グループ以上に社会生活上の困難に直面しやすいことを意味する。そのため、自分たちの生活を上手に取り扱うための社会的技術を必要としていると考えられる。

多重比較では、20 歳代グループと 50 歳代グループとの間で 5 %水準の有意差が認められた。つまり利用メンバーは、通所授産施設などを利用しながら地域社会での生活経験を積み重ねる過程で社会生活技術を次第に身に付け、30 代、40 代と年齢を経るにつれて習熟し

ていくと仮定するならば、50 歳代グループは、20 歳代グループよりも一定のソーシャルスキルの獲得に成功し、その結果がこのような有意差を生み出したと考えられる。

30 歳代メンバーは、他の年代グループと比べ、「社会的・経済的自立に向けた援助」に対する期待が強いようだ。とりわけ、50 歳代グループとの間では 1%水準で有意差 ($P=0.008$) を示した。

この結果について、他の調査研究による実証的裏付けは持たないが、筆者の臨床的経験からいえば、30 代の男性精神障害者に、とりわけ経済的自立に関してこの傾向が強いように思われる。これには男性というジェンダーが関係しているのかもしれない。つまり、『男は仕事をして一人前…』というような有形無形のジェンダーバイアスを与えられ続けて成長し、青年期に精神病を発症したとする。しかし男性にとって必須義務的なこの命題が、病気とは関わりなくクライアント自身や周囲の環境に強い影響を持ち続けたとしよう。すると、病気で無職の男性にとって 30 歳代というのは、病気を持たない他の同年代男性と比較した時に、仕事を持たないということが劣等感や焦燥感をもたらすと同時に、強力なプレッシャーとなる。そのせいか、筆者が関わった 30 代の男性クライアントには、自分の症状との兼ね合いを無視して就労に向かおうとする者が多く、結果的に病状が悪化してしまうことがあった。

その他、性別とは関係なく 30 代クライアントに共通するものに、来るべき親の高齢化に対処する方策としての経済的・社会的自立に対する願望がある。大島その他（1988）が行なった精神障害者とその家族に対するニーズ調査によると、在宅で生活する精神障害者が最も頼りにし、心配事や悩みの相談事をする人として親を挙げ、清潔や身だしなみなどの健康管理や日常生活面を中心に援助を受けているが、その中でも 30 代・40 代の障害者は、親への心理面、生活面での依存状態について、頼りたくないが頼らざるを得ないという回答数が多い。また、親からの自立希望は 20 代から 30 代にかけて強いが、この傾向は年代が高くなるにつれて低下した。そして精神障害者が回答した自立の条件として、自分に合った職場と生活に困らないだけの金銭を挙げており、家族からの自立希望と就労意欲との密接な関係が窺えた。また、精神障害者を抱える親も、親自身が持つ将来への不安として次のような声を寄せている。

『私がいつ死ぬかわからないと思うと、死んだ後のことを思うとき、このままで
は本人が哀れです。今は経済的には私の年金でどうやら細々と生活できますが、

死んだらそれもふつつり無くなるし、親身になって世話してくれる者がいないから、
物質的にも精神的にも一変します…』(大島 1988 ; pp. 229-230)。

このように、親の高齢化、あるいは『親亡き後』という世代交代の予兆や、30 歳代男性にとってのジェンダーの壁は高くて厳しいものであるが、これが 40 歳代になると競争的な労働市場で仕事に就くというトライアルを断念して、例えば障害年金の交付を受け、あるいは生活保護制度を利用して生活していく道を選ぶ人たちが増えてくる。クライアントにとっては、自分の生き方のうちの 1 つの選択肢をあきらめたということも言えようが、そうすると不思議と病状的に落ち着くことが多かった。おそらくこのような傾向は、50 歳代になるとより促進されると思われる。それが 30 歳代と 50 歳代との間で統計的有意差となっていて表れているのではないかと考える。

新原則④「社会的機能を高めるプログラム開発への参加」においても、多重比較では、20 歳代の回答平均点が高く、60 歳代グループの間に有意差を示した ($P=0.020$)。この原則は、利用メンバー自身が症状をコントロールして社会的機能を高めること、そして自分の生活能力を自己評価し、その能力を高めるような個別的援助プログラムの作成にメンバー自身が参画することを下位構成因子に含む。20 歳代グループが個別的な援助プログラムを求めている理由としては、他の年代グループに較べて独立した社会生活体験が乏しいため、日常生活においてストレスを感じる機会が多いことが考えられる。つまり、日常生活上でのストレス対処のために個別・多様な援助を期待していると考えられる。

生活上の困難や危機は、病状や性格的傾向、生活技術の有無や社会的機能レベルの程度、及び、個人を取り巻く社会的環境に応じて生じる。個人はこれらのストレスフルな体験を評価して、効果的に対処することでストレスからの回復力が発達し、対処技術が促進され、それが新たな個人的資源・社会的資源の獲得へとつながる (Holahan, Moos & Schaefer 1996)。このストレス評価と対処という点で、高齢者グループは若年者グループよりも障害を持ちながらの地域生活が長くて経験も豊かな分、障害に起因するストレスや、環境との相互作用から生じるストレスへの対処法が巧みであり、若年者グループよりも主観的に危機や困難を感じる総量が少ないのではなかろうか。それは、精神障害者が加齢とともに生活上の悩みの感情が減少し、病気自体も改善するとの先行研究 (Pentland, 2003) から推察が可能である。それが 20 歳代と 60 歳代の有意差として表れているといえるのではないだろうか。

第7節 援助者の属性別グループ間比較

リサーチクエスション3：援助者の性別、年齢、経験年数などの個人属性によって、提供が必要と考えるサービスの内容に相違があるのか？

1. 目的と方法

本研究は、精神障害者通所授産施設等利用メンバーのリハビリテーションニーズを明らかにするとともに、サービス提供機関に所属する援助スタッフに対しても、利用メンバーに対してどのようなリハビリテーションサービスの提供が必要と考えるのかを明らかにすることも目的にしている。調査で援助スタッフから得られたアンケート調査の回答数は70であった。性別では男性が31名、女性は39名、年齢は利用者と同様に20歳代から60歳代までの5区分に分けたところ、60歳以上の援助者数が2名と、他の年齢階層数と比べて少数であったため、50歳代と60歳代とを1つの年齢区分にまとめて統計処理を行なった。また、援助者の援助経験年数は5段階に分類した。表50が属性の内訳である。

以下、援助者から得られたデータを元にして、援助者の属性によるリハビリテーションサービスに対する特徴や考え方の相違を、利用者と同様の方法を用いて分析し、考察を加えていく。

表 50. 援助者個人属性 (n=70)

性別 (n=70)	男性=31(43.1%)	女性=39(55.6%)
年齢平均(n=70)	35.65(最小=22, 最大=58, S.D.=10.37)	35.49(最小=23, 最大=64, S.D.=11.31)
援助年数平均(n=62)	5.36(最小=1, 最大=17, S.D.=4.31)	6.51(最小=1, 最大=24, S.D.=5.24)
年齢階層(n=70)	20~29=29(40.3)	30~39=19(26.4), 40~49=12(16.7), 50~59=8(11.1), 60以上=2(2.8).
経験年数階層(n=62)	0~3=23(31.9), 4~6=20(27.8), 7~10=10(13.9), 11~14=6(8.3), 15以上=4(5.6).	

各階層の()は%

2. 分析の結果

2. 1 T検定による性別属性の比較

T検定の結果、性別による統計的有意差は見出されなかった。

2. 2 援助スタッフの年齢属性による比較

表51は、援助者の年齢階層年齢階層と援助経験階層別の一元配置分散分析の結果である。年齢階層に対して分散分析を行なった結果、新原則⑥「社会変革：援助者のアドボケート機能の強調」が5%水準で統計的有意性を示した (F=2.967, P=0.040)。Tukeyの多重比較で

は、20歳代グループ（n=23, M=2.61）と40歳代グループ（n=10, M=3.17）とのグループ間比較において統計的に有意であった（P=0.040）。

2. 3 援助スタッフのソーシャルワーク援助経験年数階層による比較

経験年数階層では、新原則③「社会的・経済的自立に向けた援助」が5%水準で統計的に有意であった（F=2.941, P=0.028）。Tukeyの多重比較では、経験年数3年未満の援助者グループ（n=21, M=2.32）と経験年数11年～14年グループ（n=6, M=2.89）との回答の平均で統計的有意差（P=0.015）を示した（表51）。

表51. 援助者属性別グループ間比較—分散分析の結果（n=70）

（*P<0.05）

1) 年齢階層	n	M	S. D.	有意確率
新原則⑥「社会変革：援助者のアドボケート機能の強調」				
20歳～29歳	23	2.61	0.547	P=.040* F=2.967 20～29<40～49（P=.040）
30歳～39歳	18	2.85	0.328	
40歳～49歳	10	3.17	0.324	
50歳～69歳	9	2.59	0.925	
2) 援助経験階層	n	M	S. D.	有意確率
新原則③「社会的・経済的自立に向けた援助」				
0年～3年	21	2.32	0.357	P=.028* F=2.941 0～3<11～14（P=.015）
4年～6年	20	2.53	0.381	
7年～10年	10	2.43	0.353	
11年～14年	6	2.89	0.455	
15年以上	4	2.58	0.419	

3. 援助者の年齢属性についての考察

年齢属性では、新原則⑥「社会変革：援助者のアドボケート機能の強調」において、40歳代グループの平均点が20歳代のそれを有意に上回った（P=0.040）。40歳代グループが、利用者の権利擁護というソーシャルワークのCommitmentに関わる項目で平均点が有意に高かった理由の解釈として、次のようなことがあげられるかもしれない。

現在40歳代の彼らがソーシャルワーク援助に就いた当時の精神科医療の現場は、入院患者を閉鎖処遇から開放的処遇へと転換させていく潮流の真っただ中にあった（石川 1979；仙波・矢野 1979；今野 1980；戸塚・広田 1984；大熊 1985, 1987；シュミット 1985）。この動きは昭和62年の精神保健法改正を機に一気に加速した。そして「社会復帰の促進と自立援助」を法改正のスローガンに（高柳 2002），長期入院患者を地域社会へと帰していくことがソーシャルワーカーの重要な課題であった。しかし、地域社会には精神障害者に対する偏見が根強く、退院後の住居確保すら難しい状況にあった。地域社会においても、

社会福祉施設の機能を担う精神障害者共同作業所は萌芽期にあり、経済的基盤もスタッフのマンパワーも乏しいなかで、地域での精神障害者の受け皿や居場所としての役割を作り上げる努力をしていた時期である。このような時代状況の中で援助を行なってきた経歴が、精神障害者の権利擁護に関係する項目で得点を高くしたのではないかと推測できる。

一方で、経験年数の少ないスタッフはソーシャルワークの **Commitment** への意識が低い。それは作業所が法内施設として位置づけられ、地域リハビリテーションにおける役割の重要性が、制度的にもソーシャルワーク実践的にも認知を得た後に入職をしていることが、作業所草創期からの援助スタッフとの違いになったとも考えられる。つまりベテランスタッフたちが敷いた「レールに乗った」ことが、ソーシャルワークの専門性に対する意識という点で両者に相違を生じさせたのかもしれない。しかしながら、この原則はソーシャルワーク援助において軽視することのできないものである。両者のギャップを埋め合わせるためには、ベテランスタッフから若手に向けた経験と知識の伝達が必要であろう。

4. 援助者の援助経験属性についての考察

次に援助経験属性で比較したところ、新原則③「社会的・経済的自立に向けた援助」について経験3年未満の援助者よりも、経験が11年～14年の者の平均回答得点の方が高く、統計的に5%水準の有意差がみられた。この原則は、利用者回答と援助者回答との比較によって、利用者回答の平均値が援助者のそれを0.1%水準の有意差で上回ったものである。援助スタッフは、利用者に対する職業／経済的自立と社会生活の自立に向けた援助への関心が基本的に低い、とりわけ援助経験が3年未満の新人スタッフの中でこの傾向が強い。

今回の調査では、経験3年未満者が占める割合が約3分の一を占めた。経験6年までの者を加えると、援助者全体の約60%となる。被調査者の選択にあたって、年齢や経験年数などでの操作は行っていないので、この比率は精神障害者通所授産施設における一般的な比率であると考えられる。すなわち、援助経験の少ないソーシャルワーカーが多数を占める通所授産施設では、利用メンバーのニーズと援助スタッフの援助内容とが基本的に乖離しているか、あるいは乖離が拡大していく可能性が高くなりやすいことを示している。

通所授産施設が利用者のリハビリテーションニーズに応じようとするのであれば、利用者の職業自立・社会的自立を目指す援助プログラムが欠かせないということを、援助者全体が合意し、プログラム立案に取り組む必要があるだろう。

第8節 リハビリテーション原則と利用者の利用満足、および援助者の職務満足

リサーチクエスチョン4：利用者が感じる利用満足は、いずれのリハビリテーション原則と関連しているのか？ 同様に、援助者の職務満足は、いずれのリハビリテーション原則と対応しているのか？

1. 重回帰分析の結果

本論では、Cnaanその他が想定した15のリハビリテーション原則に替えて、因子分析で抽出された7因子を本研究における新たなリハビリテーション原則として取り扱うことにしたが、利用者が通所授産施設や生活支援センターの援助者からどのようなサービスを提供されたときに利用満足を得るのかを知ることは、サービスの立案と実施に際しては重要である。

本論のアンケート調査には、質問項目として「あなたは全てのことを考慮したうえで、作業所・生活支援センターの利用に満足していますか？」という設問を設け、利用者には“非常に不満—非常に満足”の5件法で回答を求めた。同様に、援助者に対しても、どのようなサービスの提供を利用者に対して行ったときに職務満足を得られるのかを知る目的で、援助者に対する質問項目「あなたは、全てのことがらを考慮したうえで、現在の業務内容に満足していますか？」という設問を設けている。回答は、利用者と同じく5件法で得た。

そこで、利用満足および職務満足と新原則との因果関係を明らかにするため、利用満足に従属変数に、7項目の新原則を独立変数にして、コントロール変数として利用者の精神科受診年数、授産施設や生活支援センターの利用年数を加えた、ステップワイズ法を用いた重回帰分析を行なった。

その結果、利用者の利用満足は、新原則⑤「**ゴール実現に向けたストレングスの重視と強化**」（ $\beta=0.232$ ）が1%水準（ $t=2.837$, $p=0.005$ ）で有意な正の関連を示した。同様に、援助者についても職務満足に従属変数にし、7つの新原則とコントロール変数としての援助者年齢と援助経験年数を独立変数に用いた重回帰分析を行なった。その結果、援助者の職務満足では、新原則②「**援助者の肯定的態度と積極的な関わり**」（ $\beta=0.324$ ）が5%水準（ $t=2.353$, $p=0.023$ ）で正の関連を示し、新原則④「**社会的機能を高めるプログラム開発への参加**」（ $\beta=-0.423$ ）が、1%水準で統計的に有意な負の関連（ $t=-3.066$, $p=0.003$ ）を

示した（表52）．分析では、 R^2 は低い値になっているものの、分析自体が利用満足と職務満足の関連性を知ることを目的としたものであり、結果から関連性を見ることができたので、本論ではこのデータをあえて使用することにする．

表52. リハビリテーション原則と利用者満足・職務満足

	利用者 (β)	援助 (β)
年齢	0.056	0.059
精神科受診年齢	-0.004	—
利用年数	-0.015	—
援助年数	—	-0.086
新原則①「基本的な生活ニーズの充足とノーマルな社会関係の援助」	-0.013	-0.012
新原則②「援助者の肯定的態度と積極的な関わり」	-0.084	0.324*
新原則③「社会的・経済的自立に向けた援助」	-0.016	-0.08
新原則④「社会的機能高めるプログラム開発への参加」	0.040	-0.423**
新原則⑤「ゴール実現に向けたストレングスの重視と強化」	0.232**	0.065
新原則⑥「社会変革：援助者のアドボケート機能の強調」	-0.153	0.061
新原則⑦「家族・友人の協力とサポート」	-0.019	-0.015
n	167	58
F値	8.047**	5.552**
決定係数 (R^2)	0.054	0.182
調整済み R^2	0.047	0.149

** $P < .001$, * $P < .05$

2. 通所授産施設・生活支援センターの利用満足についての考察

リハビリテーション原則と通所授産施設や生活支援センターの利用満足との関連が高かったのは、新原則⑤「ゴール実現に向けたストレングスの重視と強化」だった ($\beta=0.232$, $P=0.005$)．利用者と援助者の回答の平均値を比較したT検定では援助者回答が利用者回答を有意に上回ったが、授産施設や生活支援センターの利用満足は新原則⑤に対応していた．

ソーシャルワーク援助におけるストレングス (Strength) 視点とは、クライアントの病理や弱さを認めながらも、それ以上に当事者の持つ強さや可能性に着目して、その強化と開発によって問題の解決を図ることに力点を置く考え方である (和気 2005)．Rohan と O' Hanlon (1989) は、精神障害者やその家族が本来持っているものの、隠れて気付かれにくいストレングスを発見し、それを引き出して活用する必要性を述べ、久保 (2002) は、クライアントが苦境の中にあってもその現実と戦い、それを跳ね返す力を持つとして、クライアントの強さや才能、そして個人的目標に注目するよう指摘する．そして、これらクライアントのストレングスを高めることを志向するアプローチが、エンパワメントアプローチと呼ばれるものである．

エンパワメントアプローチでは、クライアントが援助者との対等な関係性の中で自己

の価値観や考え方を尊重される中で、自分自身のストレングスや自己統制感、権利意識を高めて、クライアントを取り巻く差別的・抑圧的状况を変革していけることを目指したソーシャルワーク援助を強調する（栄 2003）。すなわち、クライアントが社会的な無力状態や自身の無さから回復できる支援への取り組みであり（長谷川 2006）、「人間の可変性に対するゆるぎない信念と、個人の病理や困難ではなく、課題に挑戦してきた体験を有する姿として敬い称えられるような社会的態度を醸成するストレングスの視点に立ち、安心して自分を語り、自由に選んで利用できる豊富な資源を身近にし、人びととのつながりの中で身近なモデルを得て、自信を持って生きられるようなエンパワメント環境を整える」（寺谷 2003；p. 291）援助である。具体的なストレングス志向のソーシャルワーク援助としては、本論第2部の1章で述べたように心理社会的リハビリテーションに包括されるプログラム（クラブハウスモデル、日常生活技能・職業・レクリエーションプログラムなど）が該当しよう。

いずれにせよ、利用メンバーの持つ能力を大切に、その部分を膨らますことのできるような、メンバーが自分のしたいことをして元気になれる環境と支援（関口・菅野・高野宮 2006）が重要となる。利用メンバーにとっては、自分たちがニーズの充足やゴール達成に向けた活動に取り組むことを援助メンバーが励ましてメンバーの自己決定を支持し、旅行やハイキングなど「ごく当たり前の体験」を通して元気や自信の獲得が体験できる機会を提供してもらうことが、ストレングスの強化につながる（三橋 2002）。そして病気や障害の部分ではなく、自分たちの健康な部分（職歴・学歴などのキャリア、婚姻歴や出産・育児などライフサイクル上でのイベント、家族や友人などによるポジティブなサポートネットワークの質と量、特技や性格などを含む）に注目して、それをもっと高める手助けをしてくれると感じられると利用満足度は高くなるといえよう。

3. 援助者の職務満足についての考察

援助スタッフに関しては、7項目のリハビリテーション原則に基づいたソーシャルワーク援助の内容と職務満足との重回帰分析では、新原則②「**援助者の肯定的態度と積極的な関わり**」と職務満足との間で正の関連を示し（ $\beta=0.324$, $P=0.023$ ）、新原則④「**社会的機能を高めるプログラム開発への参加**」では負の関連を示した（ $\beta=-0.423$, $P=0.003$ ）。そこでまず、新原則②と職務満足について考察を行ないたい。

新原則②「**援助者の肯定的態度と積極的な関わり**」は以下の6項目で構成される。

- ・スタッフは、利用メンバーが作業所の活動に興味を持つ続ける限り、メンバーの受け入れを続ける。
- ・スタッフは、たとえメンバーに明らかな変化や改善が見られなくても、メンバーと積極的に関わりを続ける。
- ・スタッフは、メンバーが仕事を始めるときには、仕事をする上でのアドバイスや応援などのサポートをする。
- ・スタッフは、メンバーが力をつけることによって困難や障害に打ち勝つことができるよう、メンバーをサポートする。
- ・スタッフは、過去に失敗や不愉快な体験にとらわれて身動きの取れないメンバーに対しては、新しい方向に向けての働きかけをする。
- ・スタッフは、メンバーが地域の支援活動グループや当事者グループとつながるよう、利用メンバーを応援する。

記述に注目してみると、援助スタッフによる利用メンバーへのソーシャルサポートの具体的な記述が多く含まれることがわかる。すなわち、利用メンバーへの関心を持ち続け、精神病という疾病と、それに付与される偏見の犠牲者であるメンバーを非難せず、助言を行ない、友好的対人関係の拡がりを促すとともに、就労や意味のある社会的活動に参加するチャレンジを励まし、応援する姿が見えてくる。

ソーシャルサポートの基本的機能はストレス緩和にあり、ソーシャルサポートの多寡と精神的緊張の強弱は相関関係にある (Greller, Parsons & Mitchell 1992)。離婚や失業、親しい人物や近親者との死別、深刻な病気など人生のライフイベントにおいては、ソーシャルサポートが高い人たちの方が、低い人たちよりも心理的な苦痛が緩和される (稲葉 1998)。渡部 (1999) は、個人にとってストレスフルな出来事を自我に対する脅威として捉え、その脅威に対する自己のコントロール力の不足を認識する結果、自己評価の低下を招くが、ソーシャルサポートを得ることによってストレスの原因を解決する行動をとることができ、自信を回復することが可能になると指摘する。また、ソーシャルサポートは慢性疾患や障害に伴う不安や抑うつなどの精神状態を軽減させ、ストレスへの対処能力を高め、生活満足度を改善させる (Rogers, Anthony & Lyass 2004)。

ではなぜ、本研究の援助スタッフたちは、利用メンバーに対するソーシャルサポートを主とした援助に、職務上の意義を最も強く感じたのだろうか？ ソーシャルサポートの種類

は、本論の1部第3章、第2節で述べたが、ここでは渡部が作成したソーシャルサポートの機能分類を基に解釈を行なう（表53）。

表53. ソーシャルサポートの機能別6分類とそれらのサポートを提供するのに必要な技術

サポートの機能別分類名	サポート機能の説明	そのサポートをするのに必要な技術
(1) 自己評価（情緒的）サポート	自分の能力・社会的価値・仕事での能力に疑いをもった時に有効に働く。自分がマイナスに考えていた自己像の側面を打ち明けることで、自分の評価を再度高めることができる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 傾聴 ・ 感情・事実の反射 ・ 再保証 ・ 自己開示 ・ 非審判的態度の保持
(2) 地位のサポート	自分が何らかの役割を果たしていることで得られるサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・ 相手に役割を与えること ・ 役割を果たしている相手を認めること
(3) 情報のサポート	問題の本質、問題に関係している資源に関する知識、代替的な行動に至る道筋に関する情報を提供すること	<ul style="list-style-type: none"> ・ 適切な情報ネットワークをもっていること ・ 相手のニーズに見合った情報を見つけ出すこと
(4) 道具的サポート	実際の課題に対する援助の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・ 相手に必要な具体的な援助力をもっていること（例：お金、労働力など）
(5) 社会的コンパニオン	共にいる、出かけるなどの社会活動のサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・ コンパニオンとして使える時間の所有 ・ 相手にとって重荷にならないこと
(6) モチベーションのサポート	根気よく何かを継続したり、解決に向かって進んでいけるようにモチベーションを高めるサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・ 励まし ・ 努力の結果の予測とその再保証 ・ 将来への希望を見つけ相手に伝える ・ フラストレーションの対処の方法 ・ 共にがんばろうというメッセージの伝達

（出典：渡部 1999『高齢者援助における相談面接の理論と実際』p. 53より引用）

ソーシャルワーカーが援助を行なうに当たっては、何よりもクライアントとの間で信頼関係を築くことが最優先の課題となる。そしてクライアントとの関係性を形成するうえで、ソーシャルサポートは重要な要素となる。授産施設や生活支援センターのスタッフたちは、利用メンバーの語る言葉を傾聴し、これまでの生きざまを非難せず、非審判的な態度でメンバーの感情を、共感をもって受容する。そしてメンバーの自己決定を尊重したうえで、施設の中で個々の能力や特性、興味に応じた役割を創出して提供し、それを肯定的に評価してメンバーにフィードバックする。ソーシャルワーカーは、メンバーとの対等なパートナーシップを維持することを念頭に置きながら日常生活の支援を行ない、メンバーの社会的役割機能の向上と社会的対人的関係性の拡大を共に目指す。そしてメンバーが持つニーズや将来のゴールの実現に向けて、メンバーの動機を励ます。このような支持的な態度が、ソーシャルワーカーのクライアントとの信頼関係を持続させるのである。

クライアントに向き合うこれらの姿勢は、ソーシャルワーカーにとって重要な意味を持っている。バイスティックは、ソーシャルワーカーとクライアントとの関係を規定するものとして7つの原則を挙げた。それらは、①個別化（Individualization）：クライアントを

それぞれが固有のニーズを持った個人としてとらえること、②意図的な感情表現 (Purposeful Expression of Feeling) : クライアントが内に持つ様々な感情を言葉として表出できるよう、助けること、③統制された情緒的関与 (Controlled Emotional Involvement) : クライアントの感情表現を受け止め、その感情表現の意味を理解し、ワーカー自身が持つ自分の感情を統制しながらクライアントに対して適切な反応を返すこと、④受容 (Acceptance) : クライアントの感情・態度・行動のありのままの姿をそのまま受け入れること、⑤非審判的態度 (Non-judgmental Attitude) : ワーカー自らの持つ価値観や倫理的感情によって、クライアントの行動や感情を批判したり、自分の考えを押し付けたりしないこと、⑥自己決定 (Self-Determination) : クライアント自身の考えと判断を尊重すること、⑦秘密保持 (Confidentiality) : 業務上知りえたクライアントに関する情報を、特別な理由なく他者に漏らさないこと、である (仲村 1984, 渡部 1999)。

これらの原則は、ソーシャルワーカーの養成課程において、そして援助実践の現場において何度となく繰り返され、ソーシャルワークの基本的価値として強調される。そのため援助スタッフにとって、これらの原則に立った姿勢で、利用メンバーに対して行なうソーシャルサポート援助が最も馴染みやすく、自分の行動や態度がソーシャルワークの目的に合致して、利用メンバーの役に立っていると了解しやすいのかもしれない。しかも、精神障害者授産施設や生活支援センターに勤務するソーシャルワーカーは、医療機関に勤めるソーシャルワーカーが行なう受診・受領援助や療養上のケア、退院援助などの業務よりも、精神障害者の在宅生活上での援助が中心となる。そのため、必然的に日常生活支援というソーシャルサポート要素を多く含む業務に、職務意識が高まるのであろう。それが今回の結果となって表れたと考えられる。

その一方で、新原則④「社会的機能を高めるプログラム開発への参加」については、職務満足に対して統計的に有意な負の関連をみせた。つまり援助スタッフが、新原則④に関わる援助業務を行なうほど職務満足が低くなるということである。この結果は、前章で筆者が精神障害者授産施設の援助スタッフに向けてサイコソーシャルリハビリテーションの教育プログラムを行ない、そののちに利用メンバーに対する個別的援助プログラムの作成を提案した際に、スタッフ達が示した否定的な反応と一致した。そこで述べられた理由として、クライアントが不在の状態では援助プログラムが作成されることへの抵抗感と、授産施設の援助システムが個別担当制ではなく、集団担当制を採っていること、そして授産施設では利用メンバーのケース記録を行っていない、というものであった。

援助スタッフが持つ、利用メンバーの個別的援助プログラムを作成することへの抵抗感については、前章の中で考察を行なっているが、今回行なったアンケート調査でも援助プログラムの開発に対しては否定的な結果となった。これは何を意味するのであろうか？もしかしたら援助スタッフは、利用メンバーと共同で授産施設での援助プログラムを作成することや、または作成したプログラム内容について、メンバーの同意を得ることに対してストレスを感じているのかもしれない。あるいは、メンバーの生活上、社会上の個別的ニーズに基づいた援助プログラムを作成することで、自分自身の能力的疑問や制度上の不備に気づき、無力感を持つのかかもしれない。これらの仮定のどれが最も現実を説明してくれるのだろうか？

論理的に考えると、もしもこのような業務がメンバーにとって良い結果をもたらすのであれば、スタッフの職務満足も向上すると想像される。それが負の関連を示すということは、「社会的機能を高めるプログラム開発」という業務を行なったことが無いのか、あるいはその業務に力を入れても、適切な評価や結果が得られていないということになる。

先行研究では、利用メンバーの個別的ニーズに基づいた援助プログラムの開発という業務は、地域リハビリテーションの根幹的部分を占めている。これまで論じてきた精神障害者の心理社会的リハビリテーションの目的は、サービスの利用者が選択した回復ゴールをターゲットにして、個別に詠えたサービスを提供することを通して利用者をアシストすることにある (Zahniser 2004)。そのゴールは精神障害者の地域統合にあり、それに向けて生活の質の改善と個人のエンパワメントやリカバリーを促進する (Casper 2002)。援助プログラムは柔軟で、利用メンバーの生活環境や症状、治療上のニーズの変化に迅速に反応する個別的なものである必要があり (Bellach 1989)、メンバーを活発な参加者としてプログラム計画、プログラムの発展、方針の作成と実行、そして評価に意図的に取り組ませることが求められている (Tanaka 1983)。なによりも、プログラムのプランニングにおいて援助者が留意しなければならないことは、プログラムがサービスを中心に計画されているのか、あるいは利用メンバーを中心に計画されているのかどうか？という点である。なぜならば、サービス中心のプログラムはサービスの一貫性を保つかもかもしれないが、メンバー中心のプログラムほどにはメンバーの個人的ニーズに取り組まないかもしれないからである (Munich & Lang 1993)。

精神障害者通所授産施設は、小規模作業所の時代から集団的プログラムを中心にして運営されてきた歴史がある。もしかしたら、この歴史が集団的プログラムから個人的プログ

ラムの作成への転換を拒んでいるとも考えられる。となると、このような結果が出たことには、援助スタッフの経験年数が関係しているのかもしれない。なぜならば、経験年数は授産施設の歴史の反映であり、しかも職務理解や燃え尽きに関与しているからである。

そこで、今回の調査結果が、年齢や経験年数の影響を受けた可能性について考察するために、援助者の職務経験年数と新リハビリテーション 7 原則ごとの平均得点数をみてみたい。以下に示す図 9～15 は、各原則における援助者回答の平均値のプロットである。

図 9 (原則①)

図 10 (原則②)

図 11 (原則③)

基本的な生活ニーズの充足とノーマルな社会関係の援助

スタッフの肯定的態度と積極的関与 社会的・経済的自立に向けた援助

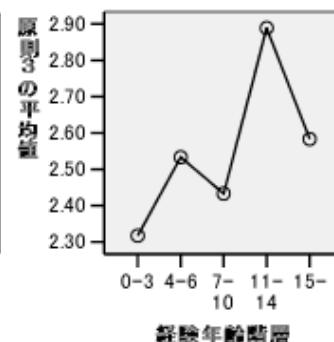
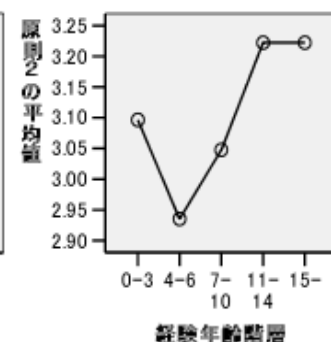
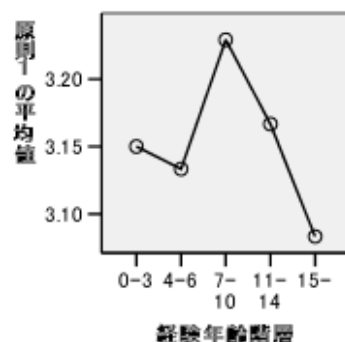


図 12 (原則④)

図 13 (原則⑤)

図 14 (原則⑥)

社会的機能高めるプログラム開発への参加

ゴール実現に向けたストレングスの重視と強化

社会変革: 援助者のアドボケート役割の強調

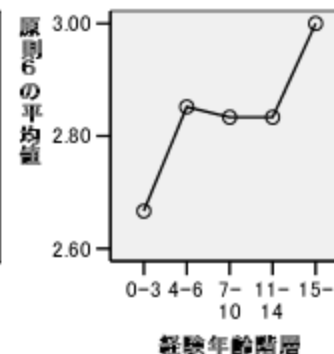
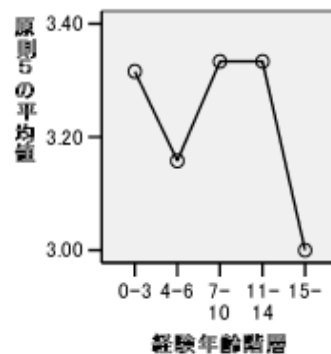
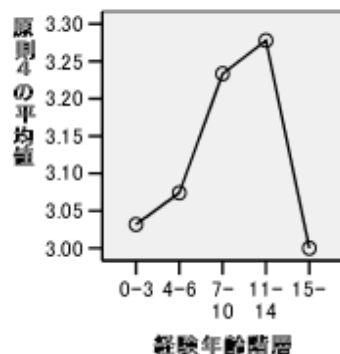
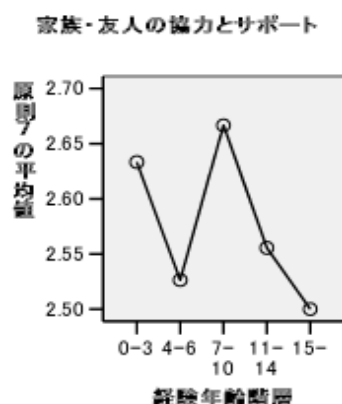


図 15 (原則⑦)



この中で、職務経験4年～6年にかけての平均得点の落ち込みが大きい項目は4項目あった(図9・10・13・15)。ただし、これらの項目は、その後経験年数が増加するに伴って平均得点もアップしている。そして経験年数15年以上の層になると、リハビリテーション原則7項目中5項目(図9・11・12・13・15)で、再び回答平均が大きく下がる。そして、職務内容と職務満足とのあいだで負の相関関係を示した新原則④のプロットについては、職務経験3年未満スタッフの回答平均もベテランスタッフに次いで低かった。

このような回答の傾向はどう説明することが可能だろうか？ 今回調査の対象とした援助スタッフは、約半数近く(40.1%)が20歳代で、援助経験3年未満者と4年～6年経験者とは、それぞれ約半数ずつを占めていたが、もしかすると対人援助経験が4年から6年ほどを経過した時、職務に対する意欲や関心が低下するということを意味しているのかもしれない。

対人援助サービスに従事する、経験が6年以下で20歳代のグループは、情緒的消耗感や脱人格化、個人的達成感の喪失といったバーンアウト(Burn out = 燃え尽き症候群)と離職のリスクが高いグループとの指摘がある(田尾・久保 1996)。バーンアウトは対人援助職者の職務ストレスに起因するのが特徴であり、ストレッサーには、①職務量の多さや職務の質的困難さ、②クライアントとの関係、③職場の人間関係、④その他(職務役割の不明瞭さ、不規則な勤務体制、成果の見えにくさなど)が挙げられる(森本 2006)。田尾と久保(1994)の先行研究では、看護職者のバーンアウトとストレスとの関連を調査した結果、情緒的消耗感、脱人格化、そして個人的達成感の低下の要因として、上司や同僚との関係、患者のケア上での不全感、そして教育環境が指摘された。

一方ストレッサーの緩和要因としては、家族や同僚、上司などによるソーシャルサポー

ト、とりわけ職場の上司によるサポートが有効とされている (Greller, Parsons & Mitchell 1993).

バーンアウトと援助職者の年齢との関係については、MacNeely (1988) が 1337 名の援助ワーカーを対象に、年齢区分を 29 歳まで、30 歳から 54 歳、55 歳以上の 3 グループに分けて実施した職務満足調査において、若年ワーカーの方が高齢ワーカーよりも職務満足が低いことを発見した。また、畦地・小野寺その他 (2006) が高齢者の介護入所施設・通所デイサービス施設・グループホームのそれぞれに勤務するケアワーカーを対象に行なった主観的ストレスに関する調査でも、介護入所施設と通所デイサービス施設に勤務する若手のケアワーカーに、主観的ストレスが高かったことを報告する。本研究においても経験年数が 4 年から 6 年の援助スタッフにリハビリテーション業務に対する回答の平均値の低下が目立ったのは、先行研究が指摘するようなバーンアウトの兆候が潜んでいるのかもしれない。

先行研究 (MacNeely 1988) では、55 歳以上の高齢ワーカーの職務不満足要素が、仕事の退屈さと仕事上のプレッシャーの厳しさである一方で、他の年代グループよりも長期間雇用されていることで職務上の地位や賃金が高いことが職務満足につながる。その反面、高齢ワーカーは他の年代に較べて業務の内容や配置の転換を好まず、職務上でのチャレンジに対してネガティブとなることが指摘されている。

渡部と料所 (2005) もまた、高齢者ケア施設で働く女性ケアワーカーを対象にした、年代別による職務満足と転職意思に関する調査研究において、50 歳以上のワーカーの全体的な職務満足が他の年代グループよりも有意に高く、転職意思が低い一方で、35 歳までの若手ワーカーでは職務満足が最も低く、転職の意思も他の年代グループの中で最も高いという結果を得ている。そして、高齢者ワーカーに職務満足が高いことについて、若年・中年ワーカーに較べて仕事の選択に制限のある高齢ワーカーは転職意思が低まると同時に、業務内容や待遇に対する期待感も低下することが、結果として職務満足を高めていると推測している。

本研究において、職務経験が 15 年以上のベテランワーカーの層で、他の経験年数グループよりもリハビリテーションサービスに関する回答の平均が下回った理由についても、職務満足や職務意欲の低下というよりもむしろ、職務内容の変更やチャレンジを好まず、「期待の断念 (Declining Expectations)」 (MacNeely 1988 ; p.167) をしたという意味の表れなのかもしれない。

このように再び年齢の違いに着目して、さらに詳しくリハビリテーション原則と職務満足の関係を見ると、以下の2つの解釈ができるかもしれない。1点は、経験年数4～6年の援助者の職務に対する意欲や感情が、全般的にバーンアウトの傾向にあり（職務の内容や職務上での自律度、賃金や労働時間などの待遇、上司や同僚との関係など、具体的事由については不明だが）、そしてベテラン援助者が、かつて自分たちが持っていた職務に対する期待や願望を低下させつつあるという2つの効果に加えて、経験3年未満の援助スタッフも業務の遂行に消極的であったということである。そして2点目は、援助スタッフの職務上の傾向として、利用メンバーの個別的なニーズアセスメントに基づいたリハビリテーションプログラムを作成するという援助スタイルに抵抗感が強いということであり、この2つの要素が、結果として援助スタッフ全体の職務満足を引き下げたという解釈である。

利用メンバーが通所授産施設を利用し、自分たちにとって望ましいニーズやゴール実現のためにスタッフの援助を受けることによって満足感を得ているにもかかわらず、援助スタッフの方が職務に満足を得られていないという事実については、今回の分析ではその理由を十分に分析できるまでには至っていない。それは、今回の調査で得られた援助者のサンプル数が少なかったということも理由に挙げられる。今後の研究では、さらにサンプル数を増やし、検証を深める必要があるだろう。

まとめ

本章では、精神障害者通所授産施設や生活支援センターを利用する精神障害者に対して、援助スタッフは利用メンバー個々のニーズに合わせた個別的リハビリテーションプログラムを作成することが必要であるとの前提に立ち、それを立証することを目的とした。その方法として、メンバーには自分が必要と考えるリハビリテーションニーズを、そしてスタッフには利用メンバーに対して提供が必要と考えるリハビリテーションサービスの内容についてアンケート調査を行なった。

通所授産施設・生活支援センターの利用者に対して行なった調査の結果からは、それぞれの属性グループの特徴と、今後の課題が明らかになった。利用者に関しては、年代別のニーズの違いが明らかになった。第1に、20歳代のメンバーは日常生活技術や対人交流技術を向上させる個別的な援助プログラムを期待しているということである。そしてプログラムの作成にあたっては、メンバー自身が参加することを強く求めている。すなわち、20歳代メンバーが日常生活上や対人交流面で、他の年齢階層の利用者よりも多くの生活困難

を感じているとすれば、援助者は利用者とともに、利用者にとっての日常生活上のストレスを認知的に評価して、ストレス対処のための個別的、具体的な援助プログラムを作成することが必要となる。言い換えれば、メンバーとの協同による個別的な援助プログラムの作成と実行は、20 歳代メンバーの再発予防と地域での生活持続のキー要素となりえよう。

第2に、30 歳代の利用メンバーが他の年代グループに較べて、経済的・社会的自立に向けた援助をスタッフに対してより強く期待していたことである。それは、在宅生活において日常生活上での多くの部分を親に頼っている状況に対する、親からの自立への高い願望と、男性性というジェンダーバイアスが、とりわけ30 代メンバーに作用しているためと考えられる。一方、50 歳代から60 歳代にかけてのベテランメンバーたちはといえば、若年メンバーほどには個別的な援助プログラムに対する期待は高くなかった。すなわち、彼らは従来からの集団的プログラムに馴染んでいるともいえよう。援助者は、利用メンバーの年代によるこのようなニーズの異なりに対して敏感でなければならない。そして、利用者の年代に応じたサービスプログラムの提供を行なうことが必要であろう。そのためには、援助スタッフが利用者の目標やゴールを正確に見定め、その達成に向けて取り組める場面や機会を援助プログラムとして提供することが必要である。

援助スタッフは、就労支援や職業リハビリテーションに対する援助の視点が、利用メンバーが期待するほどには焦点化されていない。しかし利用者メンバーは、援助スタッフが考える以上に就労につながるような援助を期待しており、それが援助プログラムを作成する上で重要なポイントであることが示された。

これまで通所授産施設や生活支援センターは、精神障害者が社会からのひきこもりを脱するために日中の過ごし場所や活動の機会を提供し、そして他のメンバーとの交流や仲間作りの場としての機能を地位において中心的に果たしてきた。しかし本研究から見えてきたのは、今や利用メンバーは、自分たちが抱える問題やストレスをもっと上手く取り扱え、地域社会で職業的・社会的により機能的に行動できるための具体的な技術習得が可能となる、「個別的ニーズ」という根拠に基づいた援助であった。援助スタッフは、メンバーが施設に求める期待が変化していることを十分に認識しなければならないであろう。さらに本研究の結果から、今後の実践の在り方に対して2つのポイントを挙げたい。

第1に、経験が6年以下で特に20 歳代のスタッフは、ベテランスタッフに比べてソーシャルワークの原則や価値に対する意識の低さがみられた。精神障害者のように、社会的な

スティグマによって制度上においても日常生活上においてもハンディキャップを負うクライアントに対する代弁機能や権利擁護機能は、ソーシャルワーク援助上の重要な要件である。ベテランスタッフは精神障害者処遇の歴史的経過を踏まえたうえで、クライアントの権利擁護に向けた援助の重要性を若手スタッフに伝達していく必要性が示されたといえよう。

第2に、利用メンバーに対する個別援助プログラム作成に対する消極的にみえる態度の変容が必要であろう。障害者自立支援法は援助スタッフに対して、クライアントに対する援助のエビデンスとその成果を明らかにすることを求めている。そして、利用メンバーも同様に個別的な援助プログラムをスタッフに期待している。そのような状況の中で、援助スタッフは旧来から慣れ親しんだ集団的プログラムだけで対応していくことは限界にきていると言え、新たな取り組み方を考えていかねばならないだろう。

精神障害者ケアマネジメントは、まだ緒に付いたばかりである。直接に援助を提供する現場では、アセスメントによって得たニーズ情報を、個別的援助プログラムに発展させていく技法をどのように高めるか、そして援助によって得られた効果をどう評価するかなど、課題は多い。しかしながら、研究の結果からは、利用者自身が個別的なリハビリテーション援助を強く望んでいることが明らかである。授産施設や生活支援センターのスタッフは、メンバーのそのような期待に応えると同時に、若手スタッフのバーンアウトにも配慮をした研修と職場内サポートの体制を整備していくという、2つの課題に取り組む必要性が示された。

最後に、利用者の満足度を高めるには、どんな課題が考えられるだろうか？ 全体的な問題として、利用者から“就労への期待”等が強く出ているのに対して、援助者はそれにあまり重きを置いていない、という印象が残る。現場では、援助者は「こんな現状で、利用者にいきなり仕事ができるのか？」と思うかも知れない。しかし、利用者の希望を高めるためには、「就労と生活の安定」を共通のゴールに据え、それに向けて共に一段階ずつ登るしかないのではないのか？ そのことを利用者と援助者が理解しあうことで、利用者の満足度があがるのではないだろうか、と考える。

終章 研究のまとめと実践への提言

本章では、これまでの議論を振り返って、改めてその論点を整理するとともに、そこから得られた知見に基づいて、今後の精神障害者福祉実践における具体的な提言を行ないたい。

第1節 研究のまとめ

本研究には、二つの大きな目的があった。一つは精神科病院に長期間入院を続けている精神障害者の退院援助に効果的なソーシャルワークアプローチを見出すことである。そして二つ目は、地域社会で生活する在宅精神障害者の地域リハビリテーションに着目し、彼らのリハビリテーションニーズや生活ニーズを明らかにした上で、その充足に向けた援助の在り方を検討することであった。この目的を達成するために、本研究では第1部で長期入院患者の退院援助に関する研究を行ない、そして第2部において在宅精神障害者の地域リハビリテーションに対する検討を行なった。本研究の構成は次のとおりである。

1. 長期入院患者に対する効果的な退院援助

第1部第1章では、精神障害者に対する全般的な理解を得ることを目的とした。まず第1節で、精神病の特徴とそれに伴う障害について述べ、その障害によって精神障害者がどのような不利を被るかについて説明を行なった。そして他の慢性疾患と精神疾患との共通点を挙げた上で、再発や悪化を防ぐために、生活スタイルや生活構造を再編する必要性について述べた。続けて第2節では、精神病を発症後、精神障害者が辿るライフコースを医療局面と生活局面とに分け、その両面において支援を行なうソーシャルワーカーの援助内容について概観し、入院精神障害者の退院援助、および在宅精神障害者の生活援助についてモデルを作成した上でその解説を行なった。

第2章では、日本の精神障害者とその家族を取り巻く状況について述べたうえで、精神科病院への長期入院が生じる背景と要因について検討を行なった。さらに、長期入院が患者自身に及ぼす影響についても言及した。その結果、医療機関の家族に対する過度の退院受け入れ先としての期待と、その家族の高齢化や扶養能力の低下、また患者への態度や医療機関に対する入院継続の期待などが輻輳した結果、長期入院が生じることが分かった。さらに、入院長期化が患者に対して退院の意欲や見通しを喪失させ、他者への依頼心を強めて自己決定の機会と自信を損なわせる結果につながることも明らかになった。

第3章では、精神科病院長期入院者の退院援助に関する実証的研究を行なった。まず、研究の成果を得る方法として、精神科医療機関での援助経験を概ね10年以上有する8名のソーシャルワーカーにインタビューを実施し、そのインタビューの内容分析を行なった。その結果、以下の3点が明らかになった。

1点目として、長期入院者へのソーシャルワーク援助には、患者に対するアセスメント、ソーシャルワーカーの関わり方、退院に向けた援助プランニング、そして退院援助を勧める際に重視するその他のポイントの4つのカテゴリーが重要であることがわかった。

アセスメントのカテゴリーは、問題の特徴、クライアントおよび重要な他者の問題対処の力、問題に関連するシステムと、クライアントとの互酬的な相互作用の性質など、5項目のポイントで構成された。

ソーシャルワーカーの関わり方のカテゴリーは、クライアントの感情と問題の共有化、クライアントによる“状況”と自己の感情に対する客観化と洞察、問題の明確化など、9項目が含まれ、さらにそれらの項目は関係性、現実認識、介入技術の3つに分類された。

援助プランニングのカテゴリーは、情報提供、体験とソーシャルサポート、問題の細分化などの5項目を含み、退院援助を進める際に重視するその他のポイントでは、クライアントの回復イメージ、クライアントの自己尊重、他の援助職種との合意など、項目で構成された。

2点目として、これらの退院援助上のポイントが、果たして既存の社会福祉実践理論に裏打ちされたものなのかという疑問に対して、すでに実践理論としての評価を得ている心理社会的アプローチ、問題解決アプローチ、課題中心アプローチ、ソーシャルサポートネットワークアプローチ、そしてケースマネジメントアプローチの5つの理論と、筆者が見出した退院援助カテゴリーとの比較検証を行なった。その結果、心理社会的アプローチと問題解決アプローチが強調する論点と、本研究で得られた退院援助のポイントとに共通点が多くみられた。具体的には、クライアントの動機付け、自己をとりまく環境への現実認識、問題状況の洞察、状況の明確化、問題の言語化と共有化、問題の部分化と焦点化、などの項目である。そして、援助実践を行なう際にそれを補強するものとして、ソーシャルサポートネットワークアプローチが有効であることがわかった。

3点目であるが、ソーシャルワーカーの経験年数による、退院援助における視点の相違への焦点化である。インタビューの内容を分析し、それを経験年数ごとに比較してみたところ、経験年数が10年前後のソーシャルワーカーは3名いたが、彼らが退院援助を行なう

際の関心は、クライアントとの信頼関係を構築することに向いていた。ソーシャルワーカー経験を15年持つ2名の者は、信頼関係を踏まえた上での援助の全体的な見通しを強調しつつ、ソーシャルワーカー自身の独自の障害者観や援助上の価値観についても言及した。経験年数が20年以上の3名のソーシャルワーカーになると、援助初期段階でのアセスメントに基づく援助計画の策定と、援助プロセス全体を見通す俯瞰的視点に特徴がみられた。そして、クライアントを取り巻く精神科医療・福祉の全体的、構造的状況の把握と認識まで意識が及んでいた。

この研究の結果、長期入院患者の退院援助のポイントとして、①長期入院患者の家族に、患者の退院先としての役割や患者の扶養を期待しない、②援助者は、患者との間に友好で支持的な関係を取り結ぶことに努める、③患者の様々な内的感情を引き出し、それを言語化させる、④援助者は、患者自身が自己の感情を洞察することによって、状況の理解と問題の明確化を図ることを手助けする、⑤援助者は、明らかになった問題の解決に患者が取り組む、そのための動機付けを行なう、⑥援助者は、問題に対する解決可能性（実現可能性）の検討と、問題の細分化を行なう、⑦援助者は、患者が問題解決のプロセスを体験し、その成果を得ることによって、患者に自信と力（Strength）がもたらされることを知る必要がある、⑧問題は患者と援助者とのあいだで共有化され、その解決にあたっては両者による共同と役割分担が行なわれる、⑨患者が問題解決のプロセスで出会う、他の社会的機関のスタッフや同じ障害を持つメンバーは、患者に対するソーシャルサポートを提供し、ネットワークを形成する、⑩援助にあたっては、援助者側の価値観が押しつけられることなく、患者の自己決定が尊重された上で、援助プロセスの全体的な見通しを持って行われる必要があるという10項目を見出すことができた。

2. 在宅精神障害者の生活ニーズ・地域リハビリテーションニーズ把握の試み—援助スタッフの教育トレーニングを通じて—

本論の第1部では、入院精神障害者の地域移行への試みに焦点を当てたが、第2部では地域社会で生活する精神障害者が、どのような社会生活上のニーズや社会機能上でのニーズを有しているのかを明らかにすることを焦点化した。

筆者は日頃より、在宅の精神障害者が多く利用している小規模通所授産施設の援助プログラムが、集団的活動プログラムに偏重しており、必ずしも利用者の個別的な生活ニーズやリハビリテーションニーズに応じて、個別的援助プログラムの作成と実行が行われていな

いのではないかと疑問を感じていた。そこで第1章では、在宅精神障害者の再入院を顕著に減らし、障害者に対するソーシャルサポートネットワークを拡大させ、彼らが行なう社会的役割機能のレベルを高め (Dincin 1982)、また、精神障害者自身の自己尊重を高め、生活上での個人的な満足感の向上に大きく貢献するとして (Test & Knoedler et al 1991; シェパード 1997, 2000; 江間 2005; Rutman 1994; 伊勢田・小川・長谷川 2000; Allnes & Knoedler 1998)、欧米先進諸国において評価されている心理社会的リハビリテーション (Psycho Social Rehabilitation 以下 PSR) に注目し、先行研究のレビューを行なった。

文献レビューによれば、PSR とは、①長期間、精神疾患を患った人々のためのプログラムの総称、②プログラムは、居住、雇用、対人交流、個人的成長などのニーズを満たすのに必要な個人の能力、技能の強化を目標に設定、③PSR の目的は、自分の人生に相当の自信を持ち、社会で出来る限り能動的、自立的に生活できるよう援助することによって、精神医学的障害を持つ人々の生活の質を向上させる、④プログラム利用は、対象によって短期のことも無期限のこともある。患者としてよりも、個人であることを強調、各個人の責任と自己価値の感情を最大にし、リハビリテーション過程での主体性を強化する方法で提供する、という4点を定義とする (アメリカ合衆国, National Institute of Mental Health)。

PSR モデルには、スタッフと利用者が一緒にサービス事業所を運営し、利用者は事業所内の様々な業務に取り組むクラブハウスモデルや、障害の程度が重い利用者を対象に、積極的なアウトリーチを行いながら利用者個々の状況に即応した濃密な支援の継続を目的とした集中的事例対応モデル (Intensive Case Management Model)、就労や自立的居住形態など、現状よりもより高い水準場面に移行することを目指す目標設定モデルなどがある。そしてプログラムとして、生活上の基礎的な対処技能を高め、あるいは基本的ニーズに対応することを目的とした 日常生活技能リハビリテーション、職業活動への参加の準備を支援する 職業リハビリテーション、利用者の能力や状態に最も適合した住居を提供する 住居リハビリテーション、日常生活上の自立機能訓練や、社交・レクリエーションの機会を提供する 社会的リハビリテーション、そして高校や大学などへの復学や進学を目指す 教育リハビリテーション などがある。

本論では、A 県内で精神障害者の小規模通所授産施設やグループホームを運営する小規模社会福祉法人のスタッフを対象に、先の PSR の理論やモデル、プログラムについて講義を行ない、その内容を理解させることを第1段階とした。約1年間にわたる8回の講義のうちに、参加メンバーに対してどのリハビリテーションモデルやプログラムに関心を持った

か、アンケートを取ったところ、回答者7名中、クラブハウスモデルと保護的就労モデルと回答した者が5名、職業リハビリテーションと答えた者が、同じく5名であった。

この結果を踏まえ、第2段階として参加メンバーに、実際に社会復帰施設を利用している当事者に対する、個別のリハビリテーションプログラムの作成に向けたケースアセスメント表を作成することを依頼した。その結果、2名のスタッフメンバーからそれぞれ2ケース、合計4ケースが提出された。そこでアセスメント表をたたき台にして、スタッフメンバー全員と筆者とで内容を検討し、4名の利用メンバーに対するリハビリテーションプランを作成した。

プランの概要を述べると、ケース1（男性、45歳、独身、診断名＝統合失調症）は両親との同居から離れ、精神障害者グループホームへの入居に向けた住居リハビリテーションと、グループホームでの生活を金銭的に維持するために職業リハビリテーションを組み合わせ、この2つの課題達成に向けた援助プログラムを作成、実行するというものであった。

ケース2（男性、55歳、独身、診断名＝アルコール依存症）は、通所授産施設の利用をこれからも続けながら地域で生活をしていきたいと望んでいる。しかし、ケースの他の利用メンバーに対して威圧的な言動がみられるため、他のメンバーとの間に心理的な距離が広がる傾向にあった。そこで、ケースの言動が他メンバーに対してどのような影響を与えているのかについて、ケース自身が自覚的に認識できるよう促したうえで、授産施設内の言動を意図的に変容させていけることを目的としたソーシャルスキルトレーニングプログラムを考案した。

ケース3（男性、28歳、独身、診断名＝統合失調症）は、体を動かす仕事に就くこと、そのための体力をつけること、そして仕事上での人間関係を維持するのに必要な会話力を身につけることをニーズとして挙げた。しかし検討を進める中で、生活上での食事回数が不規則で、食事量も不足がちであること、金銭管理の自己管理や、日常でのスケジュール管理が不十分であることが明らかになった。そこで、ケースが適切な食事の摂取や睡眠時間を確保してセルフケアを維持するとともに、金銭の適切な自己管理と、時間の構造的な使い方ができることを目指す日常生活技術リハビリテーションプログラムの作成が必要となった。

ケース4（女性、43歳、独身、診断名＝非定型精神病・精神発達遅滞）は、保護的就労から一般就労への移行を希望していた。しかし新しい体験に取り組むことに不安が強く、想定外のこと出来事に直面すると混乱する傾向がある。また、自分の考えを他の人に伝え

ることが苦手で、自己評価は低い。そのため、意図的にその場での判断と対応が求められる活動場面で、援助者と一緒に活動し、その場で助言やサポートとモデリング、そしてフィードバックが行える社会的技術リハビリテーションのプログラム作成を提案した。

その上で第3段階として、これら4ケースに対する具体的な個別的プログラムの作成と実行を授産施設スタッフに求めた。しかしながら、この試みは実現しなかった。なぜならば、個別的援助プログラムの作成と実行に対して、スタッフから反対が表明されたからである。その理由として3点が挙げられた。1点は、クライアント不在のところで援助プランが作成されることに納得がいかない、2点目は、授産施設ではスタッフ全員による集団担当制を取っているため、個別担当による個別的援助介入は業務になじまない、そして3点目は利用メンバーの個人記録を行なっていない、というものだった。

筆者は参加スタッフに対して、リハビリテーションプログラム作成に当たっては、クライアントにプログラム内容を説明し、了解と実施の合意を得ること、クライアントの個別ニーズの把握と、そのニーズ達成のためには、援助行為の責任性の所在という点からも集団担当制では限界があること、そして、クライアントに対する援助記録は、援助プロセスと援助効果の再評価を行なう上で重要であることなどを参加者に説明したが、参加者たちの考えは変わらなかったため、4名の利用メンバーに対するリハビリテーションプランの作成と援助介入の試みを断念した。

なお、本研究で調査を中断せざるを得なかった件について補足すると、現在は調査時と異なり、障害者自立支援法（現障害者総合支援法）の施行によって社会復帰施設利用に際しての個別的援助プランの作成が必須事項となった。そのため、援助スタッフが利用者個人のアセスメントを行ない、援助プランニングを行なうことが当然のこととなった。つまり、調査時の頃には主流だった一律的な集団プログラムだけでは通用しなくなったのである。この結果、現在では、良い援助プランを作成するためには、利用者に対する個別面接でいかにニーズを見つけるか、そしてそのニーズに対応できるプランを作れるか、さらに対象に寄り添った形で援助行為を行なっていけるかという、援助者の関わり方が重要になってきていることを付け加えたい。

3. 精神障害者通所授産施設および精神障害者生活支援センター利用者のリハビリテーションニーズに関する量的研究

精神障害者社会復帰施設の利用メンバーに対する、個別的リハビリテーションプログラ

ムの作成と実行の試みは、前述のように、援助スタッフの協力が得られなかったため実現に至らなかった。筆者はその原因の1つが、利用メンバーが持つリハビリテーションニーズの可視化が不十分であったため、援助スタッフに個別的プログラムを作成する必要性を感じさせるだけの根拠を提供できなかったことにあると考えた。

そこで、その根拠を得る方法として、メンバーのリハビリテーションニーズの把握を目的とした、アンケート調査票を用いた量的研究を行なった。調査では、利用メンバーのニーズだけでなく、援助スタッフがメンバーに提供することが必要と考えるサービス内容も併せて把握するために、通所授産施設や精神障害者生活支援センターのスタッフに対しても調査を実施した。

なお、調査対象に精神障害者生活支援センターの利用者や援助者も含めた理由は、メンバーが生活支援センターを利用する動機として、日中の過ごし場所や仲間作りの機会、ノーマルな日常生活リズムの確保などを挙げているからである。これらのニーズは社交・対人交流のためのリハビリテーションニーズとして捉えることが可能と考えられたため、調査の対象に加えた。

アンケート調査表作成にあたっては、Cnaan その他（1988, 1989, 1990, 1992）が PSR の原則を発見するために、研究者、実践家、サービス利用者に対して行なったアンケート表を参照した。

Cnaan らの研究では、PSR に関する文献レビューのなかで共通して強調されていた概念を 13 項目にカテゴリー化し、それらに独自の 2 つの概念を加えた 15 項目を PSR の原則と仮定した（表 54）。その上で、それらの原則ごとに 4～5 項目の質問、合計 66 項目の質問を作成してアンケート調査を実施した。

表 54. Cnaan et al. が仮定した PSR の 15 原則

原則名	定義
1. 人間能力の最大活用	個人は最も効率的な機能レベルが得られるように援助されるべきである。
2. 技術の習得	個人は社会的、職業的、教育的、対人関係の技術を身に付けることができる。
3. 自己決定	個人は権利と自己決定の責任を持つ。
4. ノーマライゼーション	サービスは、できるだけノーマルな環境の中で提供されるべきである。
5. 個別的なニーズとケア	リハビリテーションプランは個別化され、各々の道筋とスピードに添ってアシストされる。
6. スタッフの責務	スタッフには深い使命があり、リハビリテーションに責任を持つスタッフの有無によって効果に差が出る。
7. サービスの脱専門主義化	スタッフとクライアントの関係は個人的な 1 対 1 のパートナーシップで作られ、専門的権威性やバリアを持たない。
8. 早期介入	再発・再入院を減らし、最大限のスキル獲得と地域とのつながりを保つ。
9. 環境へのアプローチ	クライアントを取り巻く環境資源のサービスへの提供と、環境におけるサポー

	ト的要素の創出と強化を行なう。
10. 社会変革	サービスはインフォーマル資源から社会的諸制度まで、環境と社会の変革のために行なわれる。
11. 無制限の参加	クライアントはできるだけ長い期間サービスを利用できる。
12. 雇用の強調	労働は多くのリハビリテーションプロセスの中心的テーマである。
13. 医学モデルよりも社会モデル	ケアのモデルは、医学的というよりも社会的である。
14. 弱さよりも強さの強調	病理性よりも、クライアントの強さが強調される。
15. 「ここで今」の強調	クライアントの過去の問題よりも、「ここで今」が強調される。

(出典：Cnaan & Blankertz 1992 pp.95-96 をもとに筆者が作成)

本論では、これら 66 項目の質問内容を 4 名の研究者と 2 名の実践家とで検討した結果、8 項目が日本での実情にそぐわないと判断し、残る 58 項目でアンケート調査表を作成した。得られた有効回答数は、利用者から 174 通、スタッフが 72 通であった。なお、調査におけるリサーチクエスションは以下の 4 点であった。

1. 通所授産施設を利用するメンバーは、援助スタッフに対してどのようなサービスや支援を期待しているのか？一方で、援助スタッフは利用メンバーに対してどのようなリハビリテーションサービスや支援の提供が必要と考えているのか？
2. 利用メンバーの性別や年齢、精神科医療機関の初診年齢や施設の利用期間などの個人属性の違いによって、期待するサービス内容に相違があるのか？
3. 援助スタッフの性別や年齢、経験年数などの個人属性の違いによって、提供が必要であるとするサービスに違いがあるのか？
4. 利用メンバーが感じる利用満足は、どのリハビリテーションサービスと関係があるのか？同様に、援助スタッフの職務満足は、いずれのリハビリテーション原則と対応しているのか？

これらのリサーチクエスションの回答を得る方法として、Cnaan その他の発見したリハビリテーションの 15 原則が、本調査において潜在因子として抽出されるのかをみる因子分析、因子ごとに利用者と援助者の回答の有意差を得る T 検定、回答者の属性の違いが回答に有意差を与えているかを知るために一元配置の分散分析と多重比較、そして利用者のサービス利用満足と、援助者の職務満足の程度を知るために重回帰分析を行なった。

3. 1 リサーチクエスション 1.

因子分析の結果、因子としての基準を満たした抽出因子は 7 因子であった。そこで、こ

これらの因子を PSR の新原則としてそれぞれ命名した。その上で、リサーチクエスション 1 の回答を得るべく、因子ごとの利用メンバーと援助スタッフの回答平均値の T 検定を行なったところ、利用メンバーの回答が援助者回答を有意に上回った因子は、援助者による「社会的・経済的自立に向けた援助」であった。この因子は、職業技術や対人・社会生活において必要な技術の向上を因子内項目に含んでいる。

他方、援助スタッフの回答が利用者回答を有意に上回った因子は、「基本的な生活ニーズの充足とノーマルな社会関係の援助」と、「ゴール実現に向けたストレングスの重視と強化」というものであった。これらの因子は、洗面・歯磨き、更衣などの清潔保持や、その場にふさわしい立ち居振る舞いが行なえるようになることを目指すリハビリテーションである。つまり利用者は、より以上に社会経済活動に参画することを望み、その援助をスタッフに期待するが、援助スタッフはその以前に、メンバーが個人衛生や食事、身の安全保持といった、生活の基本部分への援助がより重要と考えていた。因子分析の結果からは、利用メンバーと援助スタッフとの間で、リハビリテーションニーズの捉え方の相違がみられた。

またスタッフは、利用メンバーが中・長期的な援助プロセスの中で個々のリハビリテーションゴールを達成していく力を身につけていくことを援助上の重要な課題とみているが、メンバーのほうは、当面の課題達成に向けた援助を期待していることが、結果からうかがえた。

3. 2 リサーチクエスション 2.

リサーチクエスションは、利用メンバーの個人属性の違いによるサービスニーズの異なりを調べることにある。そのニーズ変化であるが、20 歳代のメンバーのほうが 50 歳代に比べて、早期発病の結果として生活技能社会的経験、社会対人関係上求められる技術などを習得する機会を持てなかった。その結果、「**基本的な生活ニーズの充足とノーマルな社会関係を援助**」してもらい、そのことによって自分たちの生活を上手に取り扱うことを期待していた (20 歳代 > 50 歳代 ; $P=0.035$)。

その他、20 歳代がその他の年代よりも統計的に有意差を示した項目は、「**社会的機能を高めるプログラム開発**」だった (20 歳代 > 60 歳代 ; $P=0.020$)。その理由としては、この年代は独立した社会的体験が乏しいことから、日常生活上でストレスとを感じる体験が多いと考えられる。そこで、ストレス対処のために個別的で多様な援助プログラムを期待していると思われた。

また、「社会的・経済的自立に向けた援助」に対する期待が最も高かったのは 30 歳代グループだった (30 歳代 > 50 歳代 ; $P = 0.008$). 職業的キャリアの形成が不十分なまま、今後中高年世代に向かっていくことの経済的不安と、彼らの生活上での経済的援助を担ってきた親世代の高齢化という事実が、この結果から見て取れる。

3. 3 リサーチクエスチョン 3.

援助スタッフにとって提供が必要と考えるサービスに関して、属性による相違をみたところ、年齢属性では「社会変革：援助者のアドボケート機能の強調」の項目において、40 歳代が 20 歳代の得点を有意に上回った ($P=0.040$). 援助経験年数属性においても、「社会的・経済的自立に向けた援助」の項目で、経験 3 年未満の援助者と、経験 11 年～14 年の者との間に 5 %水準の統計的有意差があった ($P=0.015$).

この結果は、精神障害者小規模通所授産施設や生活支援センターがいまだ法外施設だった時代から、精神障害者たちの地域生活を維持するための努力を行ってきた先駆者たちが目の当たりにしてきた社会的現実と、精神障害者の生活実態を通して得た経験上での結論の反映であろう。

3. 4 リサーチクエスチョン 4.

利用メンバーは、援助スタッフからどのような援助を受けたならば満足を得られるのかを知るために、重回帰分析を行なった結果、1 %水準で統計的有意差が得られた因子は「ゴール実現に向けたストレングスの重視と強化」だった ($P=0.005$). メンバーたちが病気や障害とは関係なく本来ながらに持っている能力やキャリア、あるいは長所や持ち味といった部分を発見し、それらを引き出して高め、強化するよう励まし、援助してくれるという、そのような手助けを援助スタッフがしてくれていると感じられるときに、サービスの利用満足が高まるということであろう。

一方、援助スタッフの職務満足では、「援助者の肯定的態度と積極的な関わり」の因子とのあいだで有意な相関を示した ($\beta=0.324$, $P=0.023$). この因子は、援助スタッフが利用メンバーに対して関心を持ち続け、メンバーが直面する困難や障害を乗り越えようとする姿勢をサポートし、社会的関係を拡大していく努力を応援するという、ソーシャルサポートを強調している。なによりも、ソーシャルサポートは利用メンバーと援助スタッフの、双方の信頼関係が無いところでは機能しない。たとえ援助スタッフが、利用メンバーにサポ

ートを提供する意思を持っていたとしても、メンバーがスタッフに対して不信感を持っていたならば、サポート関係は成り立たないのである。しかも信頼関係の醸成には、傾聴や受容、共感、非審判的態度といった、ソーシャルワークの原則的な要素が欠かせないものとなる。いわばソーシャルワークの肝となる点が、援助スタッフの職務満足につながったのであろう。

重回帰分析では、もう1つの因子「社会的機能を高めるプログラム開発への参加」が援助スタッフの職務満足と統計的有意差を示した。ただし、マイナスの相関であった。この結果の解釈にあたって、各因子の経験年数ごとの得点を詳細にみたところ、職務経験年数が4～6年の援助者の平均得点数が、7因子中4因子で他の年代グループの得点平均を下回っていた。そして、有意差が生じた「プログラム開発への参加」因子に至っては、15年以上スタッフが最も得点が低く、次いで経験3年未満スタッフ、そして経験4～6年スタッフと続いた。

この結果からは、対人援助サービスに従事する、経験6年未満の20歳代のグループにとってハイリスクである、情緒的消耗感や脱人格化、個人的達成感の喪失などといった状態を伴うバーンアウト（Burn out = 燃え尽き症候群）の可能性がうかがえた。経験の豊富なスタッフの得点が低いことについては、彼らがかつて持っていた職務に対する熱意や願望が低下しつつあるという説明が可能であろう。さらに、援助スタッフの職務上の傾向として、利用メンバーの個別的なアセスメントに基づいた個別援助プログラムを作成することに馴染みがないという要素が加わったことが、この因子に対する職務満足をマイナス相関にしてしまった理由と考えられる。

第2節 長期入院患者の地域移行に向けて

精神科病院に長期間の入院を続けている患者の退院を促進するソーシャルワーク援助では、患者に対するアセスメント、ソーシャルワーカーの関わり方、退院に向けた援助プランニング、そして退院援助をすすめる際に重視するその他のポイント、という4つのカテゴリーが重要であることが本研究を通じて明らかになった。さらに、退院援助の10項目の援助ポイントとして、①長期入院患者の家族に、患者の退院先としての役割や患者の扶養を期待しない、②援助者は、患者との間に友好で支持的な関係を取り結ぶことに努める、③患者の様々な内的感情を引き出し、それを言語化させる、④援助者は、患者自身が自己の感情を洞察することによって、状況の理解と問題の明確化を図ることを手助けする、⑤

援助者は、明らかになった問題の解決に患者が取り組む、そのための動機付けを行なう、⑥援助者は、問題に対する解決可能性（実現可能性）の検討と、問題の細分化を行なう、⑦援助者は、患者が問題解決のプロセスを体験し、その成果を得ることによって、患者に自信と力（Strength）がもたらされることを知る必要がある、⑧問題は患者と援助者とのあいだで共有化され、その解決にあたっては両者による共同と役割分担が行なわれる、⑨患者が問題解決のプロセスで出会う、他の社会的機関のスタッフや同じ障害を持つメンバーは、患者に対するソーシャルサポートを提供し、ネットワークを形成する、⑩援助にあたっては、援助者側の価値観が押しつけられることなく、患者の自己決定が尊重された上で、援助プロセスの全体的な見通しを持って行われる必要がある、を見出すことができた。

しかし課題も残った。それは、これらのカテゴリーや援助ポイントが実際の退院援助場面でどの程度用いられているのかを明らかにする作業であり、そしてこれらの援助カテゴリーやポイントを汎化させる作業である。この2点については、引き続き調査研究がおこなわれることを期待したい。

第3節 社会復帰施設利用者の個別的援助プログラム作成と援助介入のために

筆者が本論を執筆している間に、精神保健福祉の動向は大きく進展した。2005年の障害者自立支援法制定によって小規模通所授産施設は、就労移行支援、就労継続支援A型、B型就労移行支援B型、地域活動支援I型、地域活動支援II型の5類型に分類された。また、障害者自立支援法では³⁰、精神障害者の障害程度区分認定調査と認定審査会での障害区分認定行ない、その上で、精神障害者ケアマネジメントの手法を用いて、サービス利用者、あるいは今後利用を希望する障害者に対するアセスメントの実施と援助プランの作成、そして援助介入を行なうよう義務化された。

本研究を開始した当時、授産施設での個別的援助プログラムを作成する義務的要件はなく、そのため、本論第2部第2章で述べたように、授産施設利用メンバーの個々のニーズに添った個別援助プログラムの作成と実施を援助実践家たちに期待をした。残念ながらその試みは実現しなかったのだが、そうこうしている間に、政策プランナーサイドから実践現場に対して、利用者個別の援助計画を策定して、その援助効果の評価を行なうよう求められる状況となった。

³⁰ 障害者自立支援法は、平成24年に障害者総合支援法と改制された。主な改制点としては、支援の対象が身体障害者、知的障害者、精神障害者に加えて、難病患者も対象に加えられた。

となれば、尚更のこと地域で精神障害者の生活維持を支援する実践家たちは、利用者の日常生活上および地域リハビリテーション上でのニーズの正確な把握と、そのニーズの実現に向けた援助プランニングを作成することが求められる。ニーズは、年齢や性別、生活環境や精神症状の多寡などによって、さまざま異なるであろうし、内容も医療的なもの、日常生活上でのもの、金銭的なもの、社会・対人的なものなど、多岐にわたると考えられる。それは、とりもなおさず、集団プログラムを軸とした援助方法から、それに加えて個別的なケースワークを行なっていく方向にパラダイムが転換したことに他ならない。

今後、援助者に求められる技術とは、利用者がグループのプログラムを通じて仲間づくりや協働といったグループ目標を達成していけるよう、プログラム運営を行なえる技術に加えて、グループの中の個人としての利用者の、個別に有する生活・リハビリテーション・医療・社会的諸関係・社会的機能上のニーズを正確に捉え、利用者とともにニーズ実現が可能な援助プログラムを作成し、その結果について妥当な評価を行なうことができる技術であろう。そのため援助者には、利用者に対する面接技術、そして面接で得られた情報を洞察し、利用者のニーズや課題を焦点化して正確に評価する技術、その上でニーズ達成や課題解決に向けた援助計画を立案し、実行していく技術を身につける必要がある。そこで、これらの技術を得ることが可能なトレーニングプログラムを作成していくことが、今後の課題であろう。

第4節 サービス利用者の生活・リハビリテーションニーズの把握に関して

本論で行なった量的調査の目的は、精神障害者通所授産施設や生活支援センター利用者のリハビリテーションニーズを正確に把握することにあった。その結果に対する考察や、今後の提言についてはすでに述べたが、いずれにせよ、本調査では、利用者が持つニーズや、その実現のために期待する援助と、援助者が必要と考える援助内容とでは乖離傾向がみられた。

社会福祉実践家が通常の業務を縫って、このような量的調査を行なうことが困難であることは言うまでもない。また、援助の効果についても、リサーチ研究で通常用いられる実験群とコントロール群とによる比較評価を、実践場面で行うことが現実的には非常に難しいことも同様である。

では、実践家がクライアントの正確なニーズ把握を行なうためにはどうしたらよいであろうか。それは言うまでもなく、クライアントとの面接技術と、そこで得られた情報に基

づく奥行きのある援助計画であろう。本論第1部で述べられた、経験年数20年以上のソーシャルワーカーが、長期入院患者に対する退院援助の際に重要視するものとして、援助初期段階でのアセスメントに基づく援助計画の策定と、援助全体を見渡す俯瞰的視点を挙げた。そして、クライアントに対する援助行為が、援助プロセス全体の中でどのような位置づけと意味を持たされているのかを把握し、それがクライアントに与える影響を理解したうえで援助を構造的にデザインすることで、援助行為全体に一貫性を持たせることを目指していた。これらの指摘は、地域の社会復帰施設で精神障害者の地域生活の維持と、その中での生活の豊かさに向けた支援を行なうソーシャルワーカーにとっても重要であると考えられる。利用者の年代や居住環境、症状や障害の度合いによって異なる個別の困難や願望を、利用者との関係性や個別面接の中で発見し、それぞれに見合った援助の方法を考え、具体的な援助計画として形にしていくという作業を、場合によっては生涯にわたる長いライフスパンの中で、その時々での変化や事情に合わせて繰り返し行なうことが、地域生活を支援するソーシャルワーカーには求められるのかもしれない。このような業務を遂行するためには、援助者自身に対する様々なサポートが必要になるであろう。例えば、利用者のニーズ評価とプランニング、援助介入を行なう上での技術面でのスーパービジョンサポートや、上司サポート、同僚サポートなどである。これらのサポートは、援助者のバーンアウト防止になると同時に、長期にわたってサービス利用者の生活支援を行なっていく上での、援助者自身の動機を励ますであろう。

結語

本研究では、精神障害者の入院場面における課題、とりわけ長期にわたって入院生活を続けている、病状的には安定しているものの、様々な社会的・環境的要因によって地域社会に戻ることが困難は人たちに対する退院援助という課題と、精神障害者の地域生活場面での生活・地域リハビリテーションにおけるニーズの把握という課題の2つを、横断的に論じてきた。

なお、第1部での知見と第2部での知見を結びつけるものとして、本論文では、日本における政策的あやまりを指摘しておきたい。本文中で指摘しているように、欧米では1960年代から脱施設化が進んだ。この政策的理由には、巨大な医療施設の人件費等より、地域での対応が安上がりであること、治療薬が発達したこと、そして何よりも長期的入院を人道的問題としてとらえる見方が広がったことがあげられる。しかし、日本では逆に国費の

支出によって精神科病床数が増加した。その増加の大半が民間病院であり、そこに経営的な目的が働いた結果、長期入院の増加という方向に向かったことは否めない。さらに、過去の精神障害者による犯罪事件等によって、世間では「野放しにするな」という社会防衛的な見方が強かったことも手伝った。それが日本の精神障害者への政策を偏らせた社会・文化的背景と言えるだろう。

研究の手法からいえば、本来ならば、例えば退院援助でいえば、本研究で得られた知見をベテランワーカーだけでなく、援助経験の少ないソーシャルワーカーにも応用可能となるようなモデルや、あるいはマニュアルといったものの作成を目指して研究を深化させるべきであったかもしれない。また、地域の社会復帰施設を利用する人たちが示してくれた、具体的な生活・リハビリレーションニーズを援助者にフィードバックさせ、その上で、個別ニーズに基づく援助プログラムを作成していくことが可能な教育トレーニングの検討に向かわなければならなかったのかもしれない。

そのため、研究を深化させるという意味では、不十分な点があることは承知している。しかし、社会福祉実践家の筆者としては、上記のいずれの研究も極めて今日的で、早急に検討を要する課題であった。今後、本研究の成果を踏まえ、さらなる研究の蓄積が進むことを願う。

参考文献

第1部 第1章

Aichison K. J., Meeham K., Murray R. M. (1999) First Episode Psychosis. Martin Dunitz.

(=2000, 嶋田博之・藤井康男訳『初回エピソード精神病』星和書店)

秋元波留夫・上田敏 (1990)『精神を病むということ』医学書院.

Allness, D.J., Knoedler, W.H. (1998) The PACT Model of Community Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illnesses: A Manual for PACT Start Up National Alliance for the Mentally Ill(NAMI). (=2001, 亀島信也・神澤創監訳『PACT モデル：精神保健コミュニティケアプログラム』メディカ出版)

Arieti S. (1974) Interpretation of Schizophrenia. (=殿村忠彦・笠原嘉監訳『精神分裂病の解釈 I』みすず書房 1995).

Bellach, A. S. (1989) A Comprehensive Model for Treatment of Schizophrenia, Bellach, A. S. (ed) A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia, Plenumpress, New York & London.

遠藤雅之 (1994)「分裂病について」遠藤雅之等編『心病む人への理解—家族のための分裂病講座—』星和書店, pp.1-19.

Foucault, M. (1972) Histoire de la Folie à L'âge Classique. (=1975, 田村俶訳『狂気の歴史—古典主義時代における』新潮社)

埴生日出雄 (1985)「“否認”にどうかかわっているか」『アルコール医療研究』2(2):115-118.

今道裕之 (1991)「アルコール依存症の地域医療」八戸ノ里クリニック編『精神医療を考える』明新印刷株式会社, pp.121-154.

藤沢敏雄 (1982)『精神医療と社会』精神医療委員会.

稲沢公一 (1999)「生活支援の援助モデル—変容モデルと支援モデル—」谷中輝雄・藤井達也・稲沢公一編『生活支援Ⅱ 生活支援活動を作りあげていく過程』やどかり出版.

風祭元 (1991)「序論」笠原嘉・武正建一・風祭元編『必修精神医学改訂第2版』南江堂, pp.3-22.

柏木昭 (2001)「障害および障害者」精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編『精神保健福祉論』へるす出版, pp.36-50.

川上武 (1973)「福祉の医学—不治永患との戦い」川上武・岡上和雄編著『福祉の医学』一

粒社, pp.3-26.

笠原嘉 (1991) 「第 5 章 精神分裂病」笠原嘉・武正建一・風祭元編『必修精神医学改訂第 2 版』南江堂, pp.99-117.

金田一京助・柴田武・山田明雄・山田忠雄 (1992) 『新明解国語辞典第四版』三省堂.

国立精神神経センター精神保健研究所精神保健計画部 (2006) 『平成 18 年度精神保健福祉 資料集計表』インターネット URL; <http://www.ncnp.go.jp/keikaku/vision/data.html>

児島美都子 (1977) 『医療ソーシャルワーカー論』ミネルヴァ書房.

厚生省医療ソーシャルワーカー業務指針検討委員会 (1988) 『医療ソーシャルワーカー業務 指針』.

窪田暁子 (2004) 「喪われた自律の回復—現代病としてのアルコール依存に対する援助の考 察—」窪田暁子・高城和義編『福祉の人間学』勁草書房, pp.19-51.

Leff, J., Vaughn, C. Expressed Emotion in Families, Guilford Press. (=1985, 三野善央・ 牛島定信訳『分裂病と家族の感情表出』金剛出版)

Liberman, R.P. (1993a) 「機能評価」Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients. (=2005, 安西信雄・池淵恵美監訳『リバーマン実践的精神科リハビリテーション』 創造出版, pp.81-154)

Liberman, R.P. (1993b) 「慢性精神障害への対処—希望への道—」“Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients”. (=2005, 安西信雄・池淵恵美監訳『リバ ーマン実践的精神科リハビリテーション』創造出版, pp.1-37)

Maes, S., Leventhal, H., Ridder, D. T. D. (1996) Coping with Chronic Diseases Chronic Illness: A problem for Contemporary Western Society. Hand Book of Coping. Theory, Research, Application.

松井紀和 (1988) 「治療的処遇」松井紀和監修『ソーシャルワーカーのための精神医学』相 川書房, pp.129-162.

百溪陽三 (1991) 「精神分裂病者の理解のために」東雄司編『精神障害者・自立への道—和 歌山からの報告—』ミネルヴァ書房, pp.147-166.

森岡洋 (1984) 『アルコール依存症の正体と治し方』白揚社.

信田さよ子 (2000) 『依存症』文芸春秋.

大原健士朗・本間修・宮里勝政その他 (1979) 「アルコール中毒と自己破壊行動」『現代の エスプリ アルコール依存症 No.144』至文堂, pp.75-89.

- 大橋定明（2002）「精神医学」日本精神保健福祉士協会編『精神保健福祉士受験ワークブック 2003』中央法規，pp.7-49.
- 大川重行・竹元孝洋（1985）「アルコール症看護者の意識—院内看護者アンケート調査より—」『アルコール医療研究』2(2)：118-120.
- 大島巖（1988）「精神障害者の社会的処遇と精神医療」岡上和雄・大島巖・荒井元傳編『日本の精神障害者—その生活と家族—』ミネルヴァ書房，pp.2-13.
- 大島巖（1991）「EE 研究と精神科リハビリテーション」『精神医学レビュー 慢性分裂病』ライフ・サイエンス社，pp.82-83.
- 大島巖（1993）「社会の中の精神障害者・家族と EE 研究—CFI 面接を通して見えてきたこと—」『こころの臨床アラカルト 特集・日本における EE（感情表出）』12(1)：1-4.
- 大津湘子（1984）「アルコール依存症者の家族」『アルコール医療研究』1(1)：24-26.
- Ross, E. K. (1969) On Death and Dying. (=1971, 川口正吉 訳『死ぬ瞬間』読売新聞社.)
- 斎田みづえ（1989）「成人期障害の生活危機と医療保障—難病患者の関わりを通して—」細川汀・真田是・加藤菌子ほか編『現代医療ソーシャルワーカー論—生活問題の認識と社会福祉援助—』法律文化社，pp.141-157.
- 斉藤秀光・西條尚男（1998）「維持薬物療法のアプローチ」佐藤光源・樋口輝彦・山脇成人編『精神分裂病と気分障害の治療手順—薬物療法のアプローチ』星和書店，pp.51-55.
- 佐藤光源・吉田寿美子・沼知陽太郎（2000）「ストレス脆弱性モデルによる精神分裂病の病因と予防」『臨床精神医学』29(4)：375-380.
- 佐藤三四郎（2001）「精神保健福祉士の専門性と倫理」『精神保健福祉論』精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編 へるす出版，pp.152-168.
- 鹿野勉・原るみこ・吉原明美その他（2003）「大阪府における社会的入院者への退院促進の取り組み」『第 17 回アジア太平洋社会福祉教育専門職会議報告』.
- 進藤雄三（1990）『医療の社会学』世界思想社.
- 砂原茂一（1983）『医者と患者と病院と』岩波新書.
- 高橋一・寺谷隆子（1986）「治療，援助の過程における接近」『精神医学ソーシャルワーク』柏木 昭編 岩崎学術出版社，pp.143-168.
- 富田三樹生（1992）『精神病院の底流』青弓社.
- 坪上宏（1978）「『私の体験』を聞いて」『やむところからの提言—体験・やどかりの里と私

—』やどかり出版, pp.114-119.

上田敏 (1996) 『目で見るリハビリテーション医学』第2版, 東京大学出版会.

谷中輝雄 (1996) 『生活支援—精神障害者生活支援の理念と方法—』やどかり出版.

第1部 第2章

Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M. F. et al. (2000) Clinical Care Update: The Chronically Mentally Ill Case Management-More Than a Response to a Dysfunctional System. Community Mental Health Journal 36(1) : 97-105.

荒井元傳 (1988) 「全家連調査の概要」岡上和雄・大島巖・荒井元傳編『日本の精神障害者—その生活と家族—』ミネルヴァ書房, pp.46-61.

Bachrach L. L. (1994) 「ホームレス精神病患者における障害」マイヤーソン・AT, ファイン・T.編 (年金問題小委員会監訳) 『精神の障害, 臨床, 法制度, その実際』日本精神神経学会・社会復帰問題委員会・三輪書店, pp.167-177.

Barton, R. (1976) Institutional Neurosis. John Wright & Sons Ltd. (=1985, 正田宣監訳『施設神経症』晃洋書房)

Bellack, A. S. (1989) A Comprehensive Model for Treatment of Schizophrenia. In: (Bellack, A. S. ed.) A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia. Plenum Press, pp.1-21.

Committee on Psychiatry and Community (1978) The Chronic Mental Patient in the Community. Group for the Advance of Psychiatry. (=1980, 仙波恒夫監訳『アメリカの精神医療』星和書店)

Cox S. (1978) Fifteen Years After Asylum: Description of A Program for Victims of The Total Institution. Clinical Social Work Journal 6 (1) : 44-51.

Dincin, J., Witheridge, T. F. (1982) Psychiatric Rehabilitation as a Deterrent to Recidivism. Hospital and Community Psychiatry (33) 8 : 645-650.

Gerhart U C. (1989) Caring for the Chronic Mentally Ill, Peacock Publishers, Inc.

Goering Paula N., Wasylenki Donald N., Farkas M. et al (1988) What Difference Does Case Management Make? Hospital and Community Psychiatry 39 (3) : 272-276.

Goffman, E (1961) ASYLUMS: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Doubleday & Company, Inc. (=1984, 石黒毅訳『アサイラム 施設

被収容者の日常世界』誠信書房)

昼田源四郎 (2003) 「日本における精神障害者の責任能力と監護に関する法制度—古代から近世まで—」『精神神経学雑誌』 105(2) : 187-192.

古屋龍太 (2001) 「精神保健福祉施策の動向とケアマネジメント」日本精神保健福祉士協会編『精神障害者のケアマネジメント』へるす出版, pp.11-26.

猪俣好正・阪本淳 (1994) 「退院における意思と退院の可能性」全家連保健福祉研究所編『ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフ No. 9 精神病院における生活環境と分裂病の陰性症状～ウィングとブラウンの方法による詳細調査～』全国精神障害者家族会連合会, pp.59-75.

井上新平・戎正司・山崎浩 (1994) 「いわゆる『社会的入院』について」全家連保健福祉研究所編『ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフ No.9 精神病院における生活環境と分裂病の陰性症状～ウィングとブラウンの方法による詳細調査～』全国精神障害者家族会連合会, pp.76-82.

石原邦雄 (1988) 「家族による扶養・保護の実情と問題点—父母の高齢化ときょうだいへの世代交代」岡上和雄・大島巖・荒井元傳編『日本の精神障害者—その生活と家族—』ミネルヴァ書房, 62-87.

石川信義 (1990) 『心病める人たち—開かれた精神医療へ—』岩波新書.

Jainks D. (1995) 『ホームレス』(岩田正美監訳) 図書出版社.

金子嗣郎 (1982) 『松沢病院外史』日本評論社.

柏木一恵 (2002) 「長期入院者と精神病院の PSW」『精神保健福祉』 33 (2) 123-127.

門屋充郎 (2001) 「ケアマネジメントとは」日本精神保健福祉士協会編『精神障害者のケアマネジメント』へるす出版, pp.27-46.

計見一雄 (1979) 『インスティテューショナリズムを越えて—精神科医からのメッセージ—』星和書店.

木村真理子 (2001) 「カナダ・アメリカにおけるケースマネジメント 北米における具体的な展開・実際例」日本精神保健福祉士協会編『精神障害者のケアマネジメント』へるす出版, pp.60-81.

小俣和一郎 (2003) 「日本における精神病院の起源とその類型 (明治維新以前)」『精神神経学雑誌』 105(2) : 200-206.

小俣和一郎 (2002) 『精神病院の起源近代編』大田出版.

- Manderscheid R.W, Barrett S. A. (1987) Mental Health, United States 1987, Us. Department of Health and Human Service.
- 松田直子 (1999) 「医療機関におけるケアマネジメント」高橋清久・大島巖編『ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方』精神障害者社会復帰促進センター, pp.115-121.
- 森山公夫・ト部圭司・岡利幸・その他 (1991) 「＜厚生科学研究＞今後の精神医療のあり方に関する研究」『病院・地域精神医学』34(2) : 240 - 248.
- 西丸四方 (1975) 『やさしい精神医学』南山堂.
- 岡上和雄・大島巖・荒井元傳 (1988) 『日本の精神障害者—その生活と家族—』ミネルヴァ書房.
- 大熊一夫 (1985) 『新ルポ・精神病棟』朝日新聞社.
- 大熊一夫 (1987) 『精神病院の話—この国に生まれたるの不幸①』晩聲社.
- 大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課 (2004) 『平成 15 年度大阪府精神障害者退院促進支援事業報告書』.
- 大阪府・大阪市 (2002) 『精神科在院患者・退院患者調査報告書—長期入院患者の退院促進のために—』.
- 小澤温 (1999) 「障害者の地域福祉システムとケアマネジメント」高橋清久・大島巖編『ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方』精神障害者社会復帰促進センター, pp.12-19.
- Right, J.D. (1993) (浜谷喜美子訳) 『ホームレス アメリカの影』三一書房.
- 林宋義 (1991) 「アジア文化における精神病院の役割の変化」林宋義・浅井邦彦・高橋亨編『精神病院を拠点としたコミュニティケア』啓明出版, pp.7-22.
- Robinson G. (1990) Choices in Case Management. Inside 3(1) : 3-6.
- Rubin, A. (1987) Case Management, Social Work, 28(1) : 49-54. (=1997, 白澤政和・渡部律子・岡田進一監訳『ケースマネジメントと社会福祉』ミネルヴァ書房, pp.17-38)
- 佐藤光正 (2001) 「ソーシャルワークが目指すケアマネジメント ケアマネジメントを行う精神保健福祉士 (PSW) の視点」日本精神保健福祉士協会編『精神障害者のケアマネジメント』へるす出版, pp.47-59.
- 精神保健福祉研究会 (2000) 『わが国の精神保健福祉 (平成 12 年度版)』厚健出版.
- 精神保健福祉研究会 (2001) 『改訂精神保健福祉法詳解』中央法規.

- 仙波恒雄（1980）『アメリカの精神医療』仙波恒雄監訳，星和書店。
- Solomon P., Davis J & Cordon B.（1984）Discharged State Hospital Patients' Characteristics and Use of Aftercare; Effect on Community Tenure. American Journal of Psychiatry 141(12) : 1566-1570.
- Stein L.I., Test A.(1980) Alternative to Mental Hospital Treatment 1, Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. Arch Gen Psychiatry 37 : 392-397.
- 高橋一 2001「精神障害者福祉の歴史と理念」『改定精神保健福祉セミナー精神保健福祉論』へるす出版，pp.77-87.
- 高橋清久（1999）「精神障害者ケアガイドラインの作成経過とその意義」高橋清久・大島巖編『ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方』精神障害者社会復帰促進センター，pp.69-73.
- Test, M. A., Knoedler, W. H., Allness, D. J. et al（1991）Long-Term Community Care Through an Assertive Continuous Treatment Team. In: (Tamminga, C.A. & S.C. Schulz, eds.) Advances in Neuropsychiatry and Psychopharmacology Volume 1:Schizophrenia Research, Raven Press.
- 東京都地方精神保健福祉審議会（2003）『精神障害者の長期入院の問題について・提言』.
- 富田三樹生（1992）『精神病院の底流』青弓社.
- 戸塚悦郎（1984）「精神医療と人権をめぐる諸問題」戸塚悦郎・広田伊蘇夫編『日本収容所列島』亜紀書房，pp.21-90.
- U.S. Department of Health and Human Services（1980）Toward a National Plan for the Chronically Mentally Ill, 1-10.
- 碓井隆次（1979）『類別 社会福祉年表』家政教育社.
- 安井健彦（1986）『悪魔の精神病棟』三一書房.
- 吉住昭・稲沢公一・猪俣好正・その他（1995）全家連保健福祉研究所編『ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフ No.13 救護・更正施設の精神障害者—その生活と福祉ニーズ—』全国精神障害者家族会連合会，pp.41—59.
- 吉田貴子・岩尾俊一郎・生村吾郎（1997）「近代における『民間』精神病収容施設の実像—兵庫県でのフィールドワークをとおして—」『精神医療』4(10) : 34-56.

第1部 第3章

- 秋元波留夫（1991）「インフォームド・コンセントと強制入院」秋元波留夫『精神障害者リハビリテーション：その前進のために』金原出版，pp.175－209
- Allness, D J., Knoedler, W H. (1998) The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Sever and Persistent Mental Illnesses: A Manual for PACT Start-Up. (=2001, 亀島信也・神澤創監訳『P A C Tモデル 精神保健コミュニティプログラム』メディカ出版)
- 荒井元傳（1988）「全家連調査の概要」岡上和雄・大島巖・荒井元傳編『日本の精神障害者—その生活と家族—』ミネルヴァ書房，pp.46-61.
- Barton ,R. (1976) Institutional Neurosis. John Wright & Sons Ltd. (=1985, 正田宣監訳『施設神経症』晃洋書房)
- Cnaan R. A., Blankertz, L., Messinger, KW. et al (1988) Psychosocial Rehabilitation: Toward a Definition. Psychosocial Rehabilitation Journal 11(4) : 61-77.
- Committee on Psychiatry and Community (1978) The Chronic Mental Patient in the Community. Group for the Advance of Psychiatry (=1980, 仙波恒夫監訳・高橋光彦訳『アメリカの精神医療』星和書店)
- Dincin, J (1995) A Pragmatic Approach to Psychiatric Rehabilitation ; Lessons from Chicago's Thresholds Program. (= 2002, 木村真理子監訳『スレッシュホールズプログラム 精神障害者リハビリテーションをどう展開するか』へるす出版)
- Dincin, J., Witheridge, T F. (1982) Psychiatric Rehabilitation as a Deterrent to Recidivism. Hospital and Community Psychiatry 33(8) : 645-650.
- ドエル・M, マーシュ・P (1995)『課題中心ソーシャルワーク』(小松源助・伊藤富士江訳) 中央法規.
- Gerhart U.C. (1989) Caring for The Chronic Mentally Ill. Peacock Publishers, Inc.
- Goffman E. (1961) ASYLUMS: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Doubleday & Company, Inc. (=1984, 石黒毅訳『アサイラム 施設被収容者の日常世界』誠信書房)
- Goldstein E G, (1979) The Influence of Parental Attitudes on Psychiatric Treatment Outcome. The Journal of Contemporary Social Work 60(6) : 350-359.
- Hepwarth, D. H. & Larson, J. A. (1993) Direct Social Work Practice: Theory and Skills

(4 th Edition), Books / Cole.

Holahan, C. J., Moos, R. H., Schaefer, J. A. (1996) Coping, Stress Resistance, and Growth: Conceptualizing Adaptive Functioning. In: (Zeidner, M. and Endler, N. S., eds) Handbook of Coping: Theory, Research, Applications, John Willy & Sons, Inc. pp.24-43.

Hollis H. (1966) 『ケースワーカー心理社会療法―』(本出祐之・黒川昭登・森野郁子訳) 岩崎学術出版社.

Hollis H. (1985) 「ケースワーク実践における心理社会的アプローチ」 ロバーツ・RW, ニー・RH 編『ソーシャル・ケースワークの理論 I 七つのアプローチとその比較』(久保紘章訳) 川島書店.

Horwitz, A. V., Reinhard, S. C. (1995) Family and Social Network Supports for the Seriously Mentally Ill, Research in Community and Mental Health (8) : 205-232.

猪俣好正 (1994) 「退院における意思と退院の可能性」 全家連保健福祉研究所編『ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフ No.9 精神病院における生活環境と分裂病の陰性症状〜ウィングとブラウンの方法による詳細調査』 pp.59-75.

Intagliata J. (1982) Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Disabled : The Role of Case management. Schizophrenia Bulletin (8) 4, 655-672. (=白澤政和・渡部律子・岡田進一監訳 (1997) 『ケースマネジメントと社会福祉』 ミネルヴァ書房, pp.44-84)

伊藤富士江 (2001) 『ソーシャルワーク実践と課題中心モデル』 川島書店.

Johnson, L C & Yanca, S.J. (1983) Social Work Practice: A Generalist Approach. Allyn & Bacon. (=2004 山辺朗子・岩間伸之訳『ジェネラリストソーシャルワーク』 ミネルヴァ書房)

柏木一恵 (2002) 「長期入院者と精神科病院の PSW」 『精神保健福祉』 33(2) : 123-127.

門屋充郎 (1998) 「精神保健福祉施策の概要」 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編『精神保健福祉論』 へるす出版.

Kemp S.P., Whittaker J.K. and Tracy E.M. (1997) Person-Environment Practice: The Social Ecology of Interpersonal Helping. Aldine de Gruyter, a Division of Walter de Gruyter, Inc. (=2000, 横山穰・北島英治・久保美紀・湯浅典人・石河久美子訳『人—環境のソーシャルワーク実践 対人援助の社会生態学』 川島書店)

- 計見一雄 (1979)『インスティテューショナルリズムを越えてー精神科医からのメッセージ』
星和書店.
- 木村朋子 (1998)「精神障害者の人権」精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編『精神保健福祉論』へるす出版, pp.91-115.
- 北島英治 (2002)「ソーシャルワークの実践モデル」北島英治・副田あけみ・高橋重宏・渡部律子編『ソーシャルワーク実践の基礎理論』有斐閣, pp.254-279.
- Cohen S. Wills T.A. (1985) Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. Psychological Bulletin 98 (1-3) : 311-357.
- 加茂陽 (2000)『ソーシャルワーク理論を学ぶ人のために』世界思想社.
- 小松源助・荒川義子・田戸静編 (1980)『事例によるケースワーク演習 (2) 医療・障害福祉編』川島書店.
- 小松源助・根本博司編 (1981)『事例によるケースワーク演習 (3) 老人福祉編』川島書店.
- 小松源助 (1993)『ソーシャルワーク理論の歴史と展開—先駆者に辿るその発達史』川島書店.
- 小松源助 (1994)「ソーシャルサポートネットワークの動向と課題」L. マグワァイア『対人援助のためのソーシャルサポートシステム』(小松源助・稲沢公一訳) 川島書店.
- 小松源助 (2002)『ソーシャルワーク実践理論の基礎的研究, 21 世紀への継承を願って』川島書店.
- 児島美都子 (1977)『医療ソーシャルワーカー論』ミネルヴァ書房.
- 久保紘章 (2004)『ソーシャルワーカー利用者へのまなざし』相川書房.
- 久保紘章 (2005)「心理社会的アプローチ」久保紘章・副田あけみ編『ソーシャルワークの実践モデル—心理社会的アプローチからナラティブまで—』川島書店, pp.3-16.
- 久保美紀 (2000)「エンパワメント」加茂陽編『ソーシャルワーク実践を学ぶ人のために』政界思想社 108-135.
- Macguia, L. (1991) Social Support Systems in Practice: A Generalist Approach. (=1994, 小松源助・稲沢公一訳『対人援助のためのソーシャルサポートシステム』川島書店.
- Maslack, C. (1976) Burn Out Human Behavior 5(9) : 15-22.
- Maslack, C. & Jackson, S. E. (1981) The Measurement of Experienced Burn Out. Journal of Occupational Behavior, 99-113.
- 松岡克尚 (2005)「ソーシャルサポート・ネットワーク」久保紘章・副田あけみ編『ソーシ

- ャルワークの実践モデルー心理社会的アプローチからナラティブまで』川島書店，
pp.185-204.
- 三品桂子（2001）「ケアマネジメントとケアガイドラインの特徴：ソーシャルワークの視点から『精神障害者ケアガイドライン』を考える」日本精神保健福祉士協会編『精神障害者のケアマネジメント』ヘルス出版，pp.114-127.
- Mitchell, R., Tricket, E. (1980) Social Networks as Mediator of Social Support: An Analysis of the Efforts and Determinant of Social Networks, Community Mental Health Journal, 16(1) : 27-44.
- 中島さつき（1975）『医療ソーシャルワーク』誠信書房.
- 岡上和雄・大島巖・荒井元傳（1988）『日本の精神障害者ーその生活と家族ー』ミネルヴァ書房.
- 大橋定明（1987）「大阪における地域連携の取り組みについてー東大阪市アルコール問題連絡協議会を中心にー」『今，社会福祉に息吹を！ーみつめよう，人と仕事』第 22 回公的扶助研究全国セミナー実行委員会，pp.138-142.
- 太田義弘・秋山薊二編（1999）『ジェネラルソーシャルワーク 社会福祉援助技術総論』光生館.
- 長直子（1999）「ケアアセスメント票の使用方法」高橋清久・大島巖編『ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方』精神障害者社会復帰促進センター，pp.79-89.
- Pentland, W., Miscio, G., Eastabrook, S & Krupa, T. (2003) . Aging Woman With Schizophrenia. Psychosocial Rehabilitation Journal 26(3) : 290-302.
- Perlman, H. H. (1985) 「ソーシャル・ケースワークにおける問題解決モデル」ロバート・WR, ニー・RH. 編『ソーシャル・ケースワークの理論 I 七つのアプローチとその比較』（久保絃章訳）川島書店.
- Perlman H. H. (1986) The problem Solving Model, Social Work Treatment Interlocking Theoretical Approaches, Francis J (Ed). Turner (3rd ed.) The Free Press, pp.247-255.
- Reamer F.G. (1999) Social work values and ethics. Columbia University Press. (=2001, 秋山智久監訳『ソーシャルワークの価値と倫理』中央法規).
- Reid W.J. (1996) Task-Centered Social Work. In: (Turner F.J., ed.) Social Work

- Treatment Interlocking Theoretical Approaches. The Free Press, pp.633-635.
- Robinson G. (1990) Choices in Case Management. Inside 3(1) : 3-6.
- Rogers, S. E., Anthony, W., Lyass, A. (2004) The Nature and Dimensions of Social Support among Individuals with Severe Mental Illnesses, Community Mental Health Journal, 40(5) : 437-450.
- Rothman J., Smith W., Nakashima J., Paterson M.A., Mustin J. (1996) . Client Self-Determination and Professional Intervention : Striking a Balance. Social Work 41(4) : 396-405.
- Rowan, T.B., O'Hanlon, B. (1989) Solution- Oriented Therapy for Chronic and Severe Mental Illness. (=2005, 丸山晋監訳『精神障害への解決志向アプローチストレンジスを引き出すリハビリテーション・メソッド』金剛出版)
- Rubin A. (1987) Case Management. (=1997, 白澤政和・渡部律子・岡田進一監訳『ケースマネジメントと社会福祉』ミネルヴァ書房, pp.17-38)
- Rutman, I D (1994) 「アメリカ合衆国における心理社会的リハビリテーションの動向」マイヤーソン・AT, ファイン・T 編『精神の障害—臨床, 法制度, その実際』(日本精神神経学会, 社会復帰問題研究会, 年金問題小委員会監訳) 三輪書店, pp.181-199.
- 栄セツコ・岡田進一 (2004) 「精神科ソーシャルワーカーのアセスメント期における精神保健福祉実践活動—その現状と関連要因—」『日本社会福祉実践理論研究』13 : 39-55.
- 芝野松次郎 (2005) 「課題中心ソーシャルワーク」久保紘章・副田あけみ編『ソーシャルワークの実践モデル—心理社会的アプローチからナラティブまで—』川島書店, pp.93-115.
- 白石大介 (1988) 『対人援助技術の実際 面接技法を中心に』創元社.
- 副田あけみ (2002a) 「ソーシャルワーカーの役割」北島英治・副田あけみ・高橋重宏・渡部律子編『ソーシャルワーク実践の基礎理論』有斐閣, pp.131-174.
- 副田あけみ (2002b) 「ソーシャルワークの視点・目標・価値・倫理」北島英治・副田あけみ・高橋重宏・渡部律子編『ソーシャルワーク実践の基礎理論』有斐閣, pp.31-55.
- Stein L.I., Test M.A. (1980) Alternative to Mental Hospital Treatment. 1. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. Arch Gen Psychiatry 37 : 392-397.
- 高橋重宏 (2002) 「ソーシャルワークの構成と過程」北島英治・副田あけみ・高橋重宏・渡部律子編『ソーシャルワーク実践の基礎理論』有斐閣, pp.1-29.

- 田尾雅夫・久保真人 (1996) 『バーンアウトの理論と実際ー心理学的アプローチ』誠信書房.
- Test, M. A., Knodler, W. H., Allness, D. J. et al (1991) Long-Term Community Care Through an Assertive Continuous Treatment Team. In: (Tamminga C.A. & S.C. Schulz, eds.) Advances in Neuropsychiatry and Psychopharmacology Volume 1: Schizophrenia Research, Raven Press.
- 戸塚法子 (2005) 「問題解決アプローチ」久保紘章・副田あけみ編『ソーシャルワークの実践モデルー心理社会的アプローチからナラティブまでー』川島書店, pp.33-52.
- Tryssenaar J, Tremblay M. (2002) Aging With a Serious Mental Disability in Rural Northern Ontario : Family Members' Experiences. Psychiatric Rehabilitation Journal 25(3) : 255-264.
- Turner F.J. (1986) Psychosocial Theory. In: (Turner, F.J., ed.) Social Work Treatment Interlocking Theoretical Approaches. The Free Press, pp.484-493.
- Turner J. and Jaco R.M. Problem-Solving Theory and Social Work Treatment. In: (Turner, F.J., ed.) Social Work Treatment Interlocking Theoretical Approaches. The Free Press, pp.503-522.
- 和気純子 (2005) 「エンパワーメントアプローチ」久保紘章・副田あけみ編『ソーシャルワークの実践モデルー心理社会的アプローチからナラティブまで』川島書店, pp.205-226.
- 渡部律子 (1999) 『高齢者援助における相談面接の理論と実際』医歯薬出版.
- 渡部律子 (2002) 「ソーシャルワークの実践課程」北島英治・副田あけみ・高橋重宏・渡部律子編『ソーシャルワーク実践の基礎理論』有斐閣, pp.131-174.
- 渡部律子 (2002) 「利用者主体のケアを実現するために 利用者主体の高齢者在宅ケアをめぐる問題ーケアマネジャーの仕事をとらえてみる利用者主体ケアのあり方ー」老年社会科学 24 (1) .

第2部 第1章

- 秋元波留夫 (1994) 『特集, 精神障害者のリハビリテーションー日本にもクラブハウスをー』『生活教育別冊』 38(10) : 7-15.
- Allness, D J., Knodler, W H. (1998) The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Sever and Persistent Mental Illnesses: A Manual for PACT

- Start-Up. (=2001, 亀島信也・神澤創監約『P A C Tモデル 精神保健コミュニティプログラム』メディカ出版)
- Anthony, W. A. (1977) Psychological rehabilitation: A concept in need of a method. American Psychologist 32(8) : 558-662.
- Anthony, W. A., Kennard, W. A., O'Brien, W. F., et al (1986) Psychiatric Rehabilitation: Past Myths and Current Realities, Community Mental Health Journal 22(4) : 249-264.
- Anthony, WA., Cohen, M., Farkas, M., Cohen, BF. (2000) . Clinical care update: The chronically ill case management—more than a response to a dysfunctional system. Community Mental Health Journal 36(1) : 97-106 (Reprinted from Community Mental Health Journal 24 (3), 1988).
- Barns C, Mercer G, Shakespeare T. (1999) Exploring Disability: A Sociological Introduction by Colin Barnes, Geoffrey Mercer & Thomas Shakespeare. (=2004, 杉野昭博・松波めぐみ・山下幸子訳『ディスアビリティ・スタディーズ—イギリス障害学概論』明石書店) .
- Barton, R. (1999) Psychosocial Rehabilitation Services in Community Support Systems : A Review of Outcomes and Policy Recommendations. Psychiatric Services 50(4) : 525-534.
- Bellach A S. (1989) A Comprehensive Model for treatment of Schizophrenia. In: Bellach, A.S., ed) A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia. Medical College of Pennsylvania at EPPI. Philadelphia Pennsylvania. Plenum Press.
- Bentley, KJ. (1990) An Evaluation of Family-based Intervention with Schizophrenia Using Single-system Research. Social Work 20 : 101-116.
- Bond, G R., Boyer, S L. (1987) . Rehabilitation Programs and Outcomes. In: (Ciardiello, J A. & Boyer S L. eds.) Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders. Baltimore: John Hopkins University Press, 231-263.
- Casper E. S., Oursler J., Schmidt L. T. et al (2002) Measuring Practitioner's Beliefs, Goals, and Practices in Psychiatric Rehabilitation. Psychiatric Rehabilitation Journal 25(3) : 223-234.
- Cnaan, RA., Blankertz, L. (1990) Expert's Assessment of Psychosocial Rehabilitation

- Principle. Psychosocial Rehabilitation Journal 13(3) : 59-74.
- Cnaan, RA., Blankertz, L. (1992) . Perception of Consumers, Practitioners, and Experts Regarding Psychosocial Rehabilitation Principles. Psychosocial Rehabilitation Journal 16(1) : 95-119.
- Cnaan, RA., Blankertz, L. Messinger, K.W. et al (1989) . Psychosocial Rehabilitation: Toward a Theoretical Base. Psychosocial Rehabilitation Journal 13(1) : 33-55.
- Cnaan, RA., Blankertz, L., Messinger, KW. et al (1988) Psychosocial Rehabilitation: Toward A Definition. Psychosocial Rehabilitation Journal 11(4) : 61-77.
- Dincin, J (1995) A Pragmatic Approach to Psychiatric Rehabilitation ; Lessons from Chicago's Thresholds Program. (=2002, 木村真理子監訳 (『スレッシュホールズプログラム 精神障害者リハビリテーションをどう展開するか』へるす出版)
- Dincin, J., Witheridge, T F. (1982) Psychiatric Rehabilitation as a Deterrent to Recidivism. Hospital and Community Psychiatry 33(8) : 645-650.
- 江草安彦 (1986) 『改訂 ノーマリゼーションへの道』 全国社会福祉協議会.
- 江間由紀夫 (2005) 「医学モデルからリハビリテーションモデルへ：アメリカの脱施設化にみるコミュニティケア実践とパラダイムシフト」『精神障害とリハビリテーション』 9(1) : 40-45.
- Goering P.N., Wasylenki D.A., Farkas, M et al (1988) What Deference Does Case Management Make? Hospital and Community Psychiatry 39 (3) : 272-276.
- 狭間香代子 (2004) 「社会福祉実践における記録の方法—質的方法と量的方法」『社会福祉研究』 92 : 30-37.
- 平野次郎 (1993) 「障害者と病院」 谷中輝雄編『旅立ち 障害を友として—精神障害者の生活の記録—』 やどかり出版, pp.92-94.
- 平山尚・武田丈・藤井美和 (2002) 「ソーシャルワーク実践の評価方法—シングルシステムデザインによる理論と技術」 中央法規.
- Hoffmann FI., Mastriann, X (1992) The Hospitalized Young Adult: New Direction For Psychiatric Treatment. American Journal of Ortho-psychiatry 62(2) : 297-302.
- ホリス・H (1985) 「ケースワーク実践における心理社会的アプローチ」 ロバート・RW, ニー・RH 編『ソーシャル・ケースワークの理論 I 七つのアプローチとその比較』(久保公章訳) 川島書店, pp.31-74.

- 藤井達也 (1999)「生活支援論の形成過程と今後の課題－谷中輝雄の生活支援論の可能性－」
谷中輝雄・三石麻友美・仁木美知子他編『生活支援Ⅱ 生活支援活動を作り上げていく過程』やどかり出版, pp.257-278.
- 藤井達也 (2004)『精神障害者生活支援研究－生活支援モデルにおける関係性の意義－』学文社.
- 伊勢田堯・小川一夫・長谷川憲一 (2000)「世界心理社会的リハビリテーション学会による『精神障害リハビリテーションに関する国際的実践活動集』に関する報告」『臨床精神医学』29(7) : 779-787.
- Jacobs, HE., Kardashian, S., Kreinbring, KR. (1984) A Skills-Oriented Model for Facilitating Employment Among Psychiatrically Disabled Persons. Rehabilitation Counseling Bulletin 28(2) : 87-96.
- Kagle, J D. (1991) Social Work Records, Second Edition. Waveland Press. (=2006, 久保紘章・佐藤豊道監訳『ソーシャルワーク記録』相川書房)
- 加藤欣子・加藤春樹・中村恵見・ほか (2005)「精神障害者小規模作業所の理念にリカヴァリーを導入する意義」『精神障害とリハビリテーション』9(1) : 76-87.
- 北岡祐子・青木聖久・笠井俊吾・ほか (2003)「作業所活動と SST による地域生活支援」『精神保健福祉』34(83) : 225.
- 小松源助 (2002)『ソーシャルワーク実践理論の基礎的研究, 21 世紀への継承を願って』川島書店.
- 小嶋章吾 (2002)「ソーシャルワーク実践における記録」北島栄治・副田あけみ・高橋重宏・渡部律子編『ソーシャルワーク実践の基礎理論』有斐閣, pp.201-225.
- 陽だまり (2010)「KSKP 陽だまり」陽だまりニューズペーパー, No.241.
- 倉知延章 (1998)「精神障害者に対する職業リハビリテーションの歴史と展望」『精神障害とリハビリテーション』2(2) : 103-110.
- Manderscheild, R W., Barrett, S A. (1987) Mental Health. United State 1987. U.S Department of Health and Human Service Alcohol, Drug-Abuse, and Mental Health Administration.
- 松岡克尚 (2005)「精神障害者のエンパワメントにおける『障害者文化』概念適用可能性と課題」『関西学院大学社会学部紀要』99 : 115-130.
- 松為信雄 (2003)「証拠に基づいた就労支援」『精神障害とリハビリテーション』7(2):145-151.

- 向谷知生良（2006）『「べてるの家」から吹く風』いのちのことば社.
- 向谷知生良（2008）『べてるな人びと第1集』一麦出版社.
- Munich R L., Lang E（1993）The Boundaries of Psychiatric Rehabilitation. Hospital and Community Psychiatry 44(7) : 661-665.
- 中島公博・田中稔一・中村潔・その他（1997）「ノーマライゼーションの観点からみた慢性分裂病患者の地域での住まい方」『臨床精神医学』26(10) : 1337-1344.
- 西尾雅明・伊藤順一郎（2003）「ACT がわが国で必要とされているのはなぜか？：欧米諸国で行われた効果研究をもとに」『精神障害とリハビリテーション』7(2) : 105 -110.
- 西尾雅明（2004）『ACT 入門 精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム』金剛出版.
- 野中猛（2003）「精神障害者に対する住居サービス技術の到達点」『精神障害とリハビリテーション』7(2) : 152-158.
- 大島巖（2003）「精神障害者に対する集中型，臨床型ケースマネジメントの効果」『精神障害とリハビリテーション』7(2) : 111-117.
- 大橋定明（2001）「障害者福祉の基本施策」成清美治・加納光子編『精神保健福祉概論』学文社，pp.37 - 51.
- 大橋定明（2006）「精神科病院長期入院患者の退院援助についての一考察 —ソーシャルワーカーからの聞き取り調査に基づいたケーススタディー」『関西学院大学大学院総合政策研究科院生論文集』6 : 1-30.
- Pentland W., Miscio G., Eastabrook S. et al（2003）Aging Women with Shizophrenia. Psychiatric Rehabilitation Journal 26(3) : 290-302.
- Ragins, M. (2002) A Road to Recovery. Mental health Association in Los Angeles County.
（＝2005，前田ケイ監訳『ビレッジから学ぶリカバリーへの道 精神の病から立ち直ることを支援する』金剛出版）.
- Rutman , I D（1994）「アメリカ合衆国における心理社会的リハビリテーションの動向」アーサー.T.マイヤーソン・テオドーラ.ファイン編『精神の障害—臨床，法制度，その実際』（日本精神神経学会，社会復帰問題研究会，年金問題小委員会監訳）三輪書店，pp.181-199.
- Saleebey, D.（2002）Introduction : Power in the people, ibid, 1-22.
- 佐藤豊道（1996）「記録の技法 I」久保紘章編『社会福祉援助技術演習』相川書房，pp.101-111

- 妹尾和美・箕原伸子・伊野波ひで子・その他（1998）「居住支援について」『精神障害とリハビリテーション』2(2)：117－123.
- 社団法人大阪精神保健福祉協議会（2002）『精神障害者居宅生活ニーズ調査報告書』.
- シェパード, J. (1997)「精神科リハビリテーションの最近の発展」長谷川憲一・小川一夫・伊勢田堯訳『精神障害とリハビリテーション』1(1)：56-70.
- シェパード, J. (2000)「英国における心理社会的リハビリテーション：科学的根拠に基づいたアプローチ」長谷川憲一・小川一夫訳『精神障害とリハビリテーション』4(1)：63-68.
- 総理府障害者施策推進本部担当室（1996）『障害者プラン・障害者基本法・新長期計画 21世紀に向けた障害者施策の新たな展開』中央法規出版.
- Solomon, P. (2004) Peer Support/ Peer Provided Services Underling Processes, Benefits, and Critical Ingredients. Psychiatric Rehabilitation Journal 27(4)：392-401.
- Stein, L I., Test, M A. (1980) Alternative to Mental Hospital Treatment. 1. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. Arch Gen Psychiatry 37：392-397.
- 菅原進・諏訪洋・志乃めぐみ・その他（1993）「私たちも一人暮らしはできる—障害者としてのライフサイクルを求めて—」谷中輝雄編『旅立ち 障害を友として—精神障害者の生活の記録—』やどかり出版, pp.127－140.
- 住友雄資（2000）「福祉分野の現状と課題」『精神障害とリハビリテーション』4(1)：28－33.
- 田川精二（2005）「これからの“地域”精神医療を考える—精神科診療所の立場から—」『第14回大精診・大精協学術講演会』.
- 田中英樹（2000）「総合的「生活モデル」の確立をめざして：福祉の立場から（2）」『精神障害とリハビリテーション』4(2)：137-142.
- Tanaka, H.T. (1983) Psychosocial Rehabilitation: Future Trends and Direction. Psychosocial Rehabilitation Journal 1(4)：7-12.
- 寺谷隆子編（1994）『心のハーモニーを街に奏でる—JHC 板橋の歩み—』やどかり出版.
- 寺谷隆子（2001）「自立生活支援と実践課題」『社会福祉研究』84：41－49.
- 寺谷隆子（2008）『精神障害者の相互支援システムの展開—あたたかいまちづくり・心の樹「JHC 板橋」—』中央法規.

- Tessler R C., Bernstein A G., Rosen B M. et al (1982) The Chronically Mentally Ill in Community Support Systems. Hospital and Community Psychiatry 33(3) : 208-211.
- Test, MA., Knoedler, WH., Allness, DJ. et al (1991) Long-Term Community Care. Through an Assertive Continuous Treatment Team. In: (Tamminga, C A., Schulz, S C., eds.) Neuro Psychopharmacology (1) Schizophrenia Research. Raven Press, New York, pp.239-246.
- 渡嘉敷暁 (1998) 「精神障害者のリハビリテーション制度の歴史・現状・問題点」『精神障害とリハビリテーション』 2(2) : 124-132.
- 東京都福祉局障害者就労システム検討会 (2001) 『地域における障害者の就労支援システムのあり方について』
- Turkat, D., Buzzel, V. (1982) Psychosocial Rehabilitation: A Process Evaluation. Hospital and Community Psychiatry 33(10) : 848-850.
- 和気純子 (2005) 「エンパワーメントアプローチ」久保紘章・副田あけみ編『ソーシャルワークの実践モデル—心理社会的アプローチからナラティブまで』川島書店, pp.205-226.
- 谷中輝雄 (1980) 「グループワークの原則谷中輝雄編」『仲間作りの方法と実際—精神科領域における—』やどかり出版, pp.135-179.
- 谷中輝雄 (1987) 「あたりまえの生活の実現をめざして」日本精神医学ソーシャルワーカー協会編『精神障害者の「あたりまえの生活」の実現をめざして—医療と福祉の連携を進める PSW の課題』やどかり出版, pp.71-86.
- 谷中輝雄 (1993) 「はじめに」谷中輝雄編『旅立ち 障害を友として—精神障害者の生活の記録—』やどかり出版, pp.2-3.
- 谷中輝雄 (1999) 「やどかりの里の生活支援体制—1999 年 (平成 11 年) の現状」『生活支援Ⅱ 生活支援活動を創り上げていく過程』谷中輝雄・三石麻友美・仁木美知子その他, やどかり出版 p 17-26.
- 谷中輝雄 (1996) 『生活支援 —精神障害者生活支援の理念と方法—』やどかり出版.
- 吉田みゆき (2004) 「ソーシャルワークにおける SST : PSW が SST に携わる意義と役割について」『精神障害とリハビリテーション』 8(2) : 161-165.
- 吉塚晴夫・木村洋子・大友勝・その他 (1997) 「精神障害者のグループ就労の試行と課題」『精神障害とリハビリテーション』 1(1) : 43-47.

第2部 第2章

秋元波留夫 (1994) 「特集, 精神障害者のリハビリテーション—日本にもクラブハウスを—」
『生活教育別冊』 38(10) : 7-15.

Allness, D. J., Knoedler, W. H. (1998) The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Sever and Persistent Mental Illnesses: A Manual for PACT Start-Up. (=2001, 亀島信也・神澤創監訳『P A C Tモデル 精神保健コミュニティプログラム』メディカ出版)

Anthony, W. A., Kennard, W. A., O'Brien, W. F. et al (1986) Psychiatric Rehabilitation: Past Myths and Current Realities, Community Mental Health Journal 22(4) : 249-264.

Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., Cohen, B. F. (2000) Clinical care update: The chronically ill case management-more than a response to a dysfunctional system. Community Mental Health Journal 36(1) : 7-106 (Reprinted from Community Mental Health Journal 24(3), 1988).

Barton, R. (1999) . Psychosocial Rehabilitation Services in Community Support Systems : A Review of Outcomes and Policy Recommendations Psychiatric Services 50(4) : 525-534.

Bellach, A. S. (1989) A Comprehensive Model for treatment of Schizophrenia. In: (Bellach, A. S. ed.) A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia. Medical College of Pennsylvania at EPPI. Philadelphia Pennsylvania. Plenum Press.

Bentley, K. J. (1990) An Evaluation of Family-based Intervention with Schizophrenia Using Single-system Research. Social Work 20 : 101-116.

Bond, G R., Boyer, S L. (1987) . Rehabilitation Programs and Outcomes. In: (Ciardiello, J A. & Boyer S L. eds.) Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders. Baltimore: John Hopkins University Press, pp.231-263.

Casper, E. S., Oursler, J., Schmidt, L. T. et al (2002) Measuring Practitioner's Beliefs, Goals, and Practices in Psychiatric Rehabilitation. Psychiatric Rehabilitation Journal 25(3) : 223-234.

Cnaan, RA., Blankertz, L. (1990) Expert's Assessment of Psychosocial Rehabilitation Principle. Psychosocial Rehabilitation Journal 13(3) : 59-74.

- Cnaan, RA., Blankertz, L. (1992) . Perception of Consumers, Practitioners, and Experts Regarding Psychosocial Rehabilitation Principles. Psychosocial Rehabilitation Journal 16(1).
- Cnaan, RA., Blankertz, L. Messinger, K.W. et al (1989) . Psychosocial Rehabilitation: Toward a Theoretical Base. Psychosocial Rehabilitation Journal 13(1) : 33-55.
- Cnaan, RA., Blankertz, L., Messinger, KW. et al (1988) Psychosocial Rehabilitation: Toward A Definition. Psychosocial Rehabilitation Journal 11(4) : 61-77.
- Dincin, J (1995) A Pragmatic Approach to Psychiatric Rehabilitation ; Lessons from Chicago's Thresholds Program. (=2002, 木村真理子監訳『スレッシュホールズプログラム 精神障害者リハビリテーションをどう展開するか』へるす出版)
- Dincin, J., Witheridge, T F. (1982) Psychiatric Rehabilitation as a Deterrent to Recidivism. Hospital and Community Psychiatry 33(8) : 645-650.
- 江間由紀夫 (2005) 「医学モデルからリハビリテーションモデルへ：アメリカの脱施設化にみるコミュニティケア実践とパラダイムシフト」『精神障害とリハビリテーション』9(1) : 40-45.
- Goering P.N., Wasylenki D.A., Farkas, M et al (1988) What Deference Does Case Management Make? Hospital and Community Psychiatry 39(3) : 272-276.
- 狭間香代子 (2004) 「社会福祉実践における記録の方法—質的方法と量的方法」『社会福祉研究』92 : 30-37.
- 平山尚・武田丈・藤井美和 (2002) 「ソーシャルワーク実践の評価方法—シングルシステムデザインによる理論と技術」中央法規.
- Hoffmann FI., Mastriann, X (1992) The Hospitalized Young Adult: New Direction For Psychiatric Treatment. American Journal of Ortho-psychiatry 62(2) : 297-302.
- ホリス.H (1985) 「ケースワーク実践における心理社会的アプローチ」ロバーツ・RW, ニー・RH 編『ソーシャル・ケースワークの理論Ⅰ 七つのアプローチとその比較』(久保公章訳) 川島書店, pp.31-74.
- 藤井達也 (1999) 「生活支援論の形成過程と今後の課題—谷中輝雄の生活支援論の可能性—」谷中輝雄・藤井達也・稲沢公一編『生活支援Ⅱ 生活支援活動を作り上げていく過程』やどかり出版, pp.257-278.
- 伊勢田堯・小川一夫・長谷川憲一 (2000) 「世界心理社会的リハビリテーション学会による

- 『精神障害リハビリテーションに関する国際的実践活動集』に関する報告『臨床精神医学』29(7) : 779-787.
- Jacobs, HE., Kardashian, S., Kreinbring, KR. (1984) A Skills-Oriented Model for Facilitating Employment Among Psychiatrically Disabled Persons. Rehabilitation Counseling Bulletin 12 : 87-96.
- Kagle, J D. (1991) Social Work Records, Second Edition. Waveland Press. (=2006, 久保紘章・佐藤豊道監訳『ソーシャルワーク記録』相川書房)
- 加藤欣子・加藤春樹・中村恵見・ほか (2005) 「精神障害者小規模作業所の理念にリカヴァリーを導入する意義」『精神障害とリハビリテーション』9(1) : 76-87.
- 北岡祐子・青木聖久・笠井俊吾・ほか (2003) 「作業所活動と SST による地域生活支援」『精神保健福祉』34(3) : 225.
- 小嶋章吾 (2002) 「ソーシャルワーク実践における記録」北島栄治・副田あけみ・高橋重宏・渡部律子編『ソーシャルワーク実践の基礎理論』有斐閣, pp.201-225.
- 倉知延章 (1998) 「精神障害者に対する職業リハビリテーションの歴史と展望」『精神障害とリハビリテーション』2(2) : 103-110.
- Manderscheid, R W., Barrett, S A. (1987) Mental Health. United State 1987. U.S Department of Health and Human Service Alcohol, Drug-Abuse, and Mental Health Administration.
- 松為信雄 (2003) 「証拠に基づいた就労支援」『精神障害とリハビリテーション』7(2):145-151.
- Munich, R. L., Lang, E. (1993) The Boundaries of Psychiatric Rehabilitation. Hospital and Community Psychiatry 44(7) : 661-665.
- 中島公博・田中稜一・中村潔・その他 (1997) 「ノーマライゼーションの観点からみた慢性分裂病患者の地域での住まい方」『臨床精神医学』26(10) : 1337-1344.
- 西尾雅明・伊藤順一郎 (2003) 「ACT がわが国で必要とされているのはなぜか? : 欧米諸国で行われた効果研究をもとに」『精神障害とリハビリテーション』7(2) : 105 – 110.
- 野中猛 (2003) 「精神障害者に対する住居サービス技術の到達点」『精神障害とリハビリテーション』7(2) : 152-158.
- 大島巖 (2003) 「精神障害者に対する集中型, 臨床型ケースマネジメントの効果」『精神障害とリハビリテーション』7(2) : 111-117.
- 大橋定明 (2001) 「障害者福祉の基本施策」成清美治・加納光子編『精神保健福祉概論』学

文社, pp.37 - 51.

大橋定明 (2006) 「精神科病院長期入院患者の退院援助についての一考察 —ソーシャルワーカーからの聞き取り調査に基づいたケーススタディー」『関西学院大学大学院総合政策研究科院生論文集』6 : 1-30.

伊勢田堯・小川一夫・長谷川憲一 (2000) 「世界心理社会的リハビリテーション学会による『精神障害リハビリテーションに関する国際的実践活動集』に関する報告」『臨床精神医学』29(7) : 779-787.

Pentland, W., Miscio, G., Eastabrook, S. et al (2003) Aging Women with Shizophrenia. Psychiatric Rehabilitation Journal 26(3) : 290-302.

Rutman, I. D. (1994) 「アメリカ合衆国における心理社会的リハビリテーションの動向」マイヤーソン・AT, ファイン・T 編『精神の障害—臨床, 法制度, その実際』(日本精神神経学会, 社会復帰問題研究会, 年金問題小委員会監訳) 三輪書店, pp.181-199.

佐藤豊道 (1996) 「記録の技法 I」久保紘章編『社会福祉援助技術演習』相川書房, pp.101-111
精神保健福祉研究会 (2001) 『改訂 精神保健福祉法詳解』中央法規.

妹尾和美・箕原伸子・伊野波ひで子・ほか (1998) 「居住支援について」『精神障害とリハビリテーション』2(2) : 117-123.

社団法人大阪精神保健福祉協議会 (2002) 『精神障害者居宅生活ニーズ調査報告書』.

総理府障害者施策推進本部担当室 (1996) 『障害者プラン・障害者基本法・新長期計画 21世紀に向けた障害者施策の新たな展開』中央法規出版.

Stein, L. I., Test, M. A. (1980) Alternative to Mental Hospital Treatment. 1. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. Arch Gen Psychiatry 37 : 392-397.

住友雄資 (2000) 「福祉分野の現状と課題」『精神障害とリハビリテーション』4(1) : 28-33.

田川精二 (2005) 「これからの“地域”精神医療を考える—精神科診療所の立場から—」『第14回大精診・大精協学術講演会』.

田中英樹 (2000) 「総合的「生活モデル」の確立をめざして: 福祉の立場から (2)」『精神障害とリハビリテーション』4(2) : 137-142.

Tanaka, H.T. (1983) Psychosocial Rehabilitation: Future Trends and Direction. Psychosocial Rehabilitation Journal 1(4) : 7-12.

寺谷隆子編 (1994) 『心のハーモニーを街に奏でる—JHC 板橋の歩み—』やどかり出版.

- 寺谷隆子（2001）「自立生活支援と実践課題」『社会福祉研究』 84：41－49.
- Tessler, R. C., Bernstein, A. G., Rosen, B. M. et al（1982）The Chronically Mentally Ill in Community Support Systems. Hospital and Community Psychiatry 33(3)：208-211.
- Test, M. A., Knoedler, W. H., Allness, D. J. et al（1991）Long-Term Community Care. Through an Assertive Continuous Treatment Team. In: (Tamminga, C.A., Schulz, S. C. eds.) Neuro Psychopharmacology (1) Schizophrenia Research. Raven Press, New York.
- 渡嘉敷暁（1998）「精神障害者のリハビリテーション制度の歴史・現状・問題点」『精神障害とリハビリテーション』 2(2):124-132.
- 東京都福祉局障害者就労システム検討会（2001）『地域における障害者の就労支援システムのあり方について』
- Turkat, D., Buzzel, V.(1982) Psychosocial Rehabilitation: A Process Evaluation. Hospital and Community Psychiatry 33(10)：848-850.
- 谷中輝雄（1996）『生活支援 ―精神障害者生活支援の理念と方法―』やどかり出版
- 吉田みゆき（2004）「ソーシャルワークにおける SST：PSW が SST に携わる意義と役割について」『精神障害とリハビリテーション』 8(2)：161-165.
- 吉塚晴夫・木村洋子・大友勝・その他（1997）「精神障害者のグループ就労の試行と課題」『精神障害とリハビリテーション』 1(1)：43-47.

第2部 第3章

- 畦地良平・小野寺敦志・遠藤忠（2006）「介護職員の主観的ストレスに影響を与える要因―職場特性を中心とした検討―」『老年社会科学』 27(4)：427-437.
- 稲葉昭英（1998）「ソーシャルサポートの理論モデル」『人を支える心の科学』松井豊，浦光博編 誠信書房，pp.152-175.
- Bellach, A.S.,（1989）A Comprehensive Model for treatment of Schizophrenia. In: (Bellach, A.S., ed.) A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia. Medical College of Pennsylvania at EPPI. Philadelphia Pennsylvania. Plenum Press.
- Casper E. S., Oursler J., Schmidt L. T. et al（2002）Measuring Practitioner's Beliefs, Goals, and Practices in Psychiatric Rehabilitation. Psychiatric Rehabilitation Journal 25(3)：223-234.

- Cnaan, R.A., Blankertz, L., Messinger, K.W. et al (1988) Psychosocial Rehabilitation: Toward A Definition. Psychosocial Rehabilitation Journal 11(4) : 61-77.
- Cnaan, R.A., Blankertz, L. Messinger, K.W. et al (1989) . Psychosocial Rehabilitation: Toward a Theoretical Base. Psychosocial Rehabilitation Journal 13(1) : 33-55.
- Cnaan, R.A., Blankertz, L. (1990) Expert's Assessment of Psychosocial Rehabilitation Principle. Psychosocial Rehabilitation Journal 13(3) : 59-74.
- Cnaan, R.A., Blankertz, L. (1992) . Perception of Consumers, Practitioners, and Experts Regarding Psychosocial Rehabilitation Principles. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(1) : 93-118.
- Greller M. M., Parsons C. K., Mitchell D R. D. (1993) Additive Effects and Beyond: Occupational Stressors and Social Buffers in a Police Organization. In: (Quick J. C., Murphy L. R., Hurrell Jr J. J., eds.) Stress & Well-Being at Work. American Psychological Association, pp.33-47.
- 荻野恒一 (1978) 『精神病理学入門』誠信書房.
- 長谷川真理子 (2006) 「精神障害者生活訓練施設の現状と利用者支援の課題—精神保健福祉士としての実践経験をふまえて」『精神保健福祉 37(1) : 68-75.
- Holahan, C.J., Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (1996) Coping, Stress Resistance, and Growth: Conceptualizing Adaptive Functioning. In: (Zeidner, M. & Endler, N.S. eds.) Handbook Of Coping: Theory, Research, Applications, pp.24-43.
- 今野幸生 (1980) 『解放運動の軌跡』精神医療委員会.
- 石川信義 (1979) 『開かれている病棟』星和書店.
- MacNeely R. L. (1988) Age and Job Satisfaction in Human Service Employment. The Gerontologist 28(2) : 163-168.
- 三橋真人 (2002) 「精神障害者のセルフヘルプグループの機能に関する一考察」『精神保健福祉』 33(3) : 245.
- 森本寛訓 (2006) 「医療福祉分野における対人援助サービス従事者の精神的健康と、その維持方策について—職業性ストレス研究の枠組みから—」 川崎医療福祉学会誌 16(1) : 31-40.
- Munich, R. L., Lang, E. (1993) The Boundaries of Psychiatric Rehabilitation. Hospital and Community Psychiatry 44(7) : 661-665.

- 仲村優一（1984）『ケースワーク第2版』誠信書房.
- 大熊一夫（1985）『新ルポ・精神病棟』朝日新聞社.
- 大熊一夫（1987）『精神病院の話—この国に生まれたるの不幸』晩聲社.
- 大島巖（1988）「精神障害者と家族の現状」岡上和夫・大島巖・荒井元傳編『日本の精神障害者—その生活と家族—』ミネルヴァ書房, pp.46-61, pp.131-149.
- Pentland W., Miscio G., Eastabrook S. et al. (2003) Aging Women with Shizophrenia. Psychiatric Rehabilitation Journal 26(3) : 290-302.
- Rogers, Anthony & Lyass (2004) The Nature and Dimensions of Social Support among Individuals with Severe Mental Illnesses. Community Mental Health Journal 40 (5) : 437-450.
- 栄セツコ（2003）「エンパワーメントアプローチに基づく精神保健福祉実践活動—精神科ソーシャルワーカーの活動の現状とその活動に関連する要因」『精神保健福祉』34（4）：341－350.
- 関口美穂・菅野治子・高野宮さおり（2006）「実践の中で障害者自立支援法を考える—PSWの視点から」『精神保健福祉 37(2) : 130－132.
- 仙波恒雄・矢野徹（1979）『精神病院—その医療の現状と限界』星和書店.
- シュミット・S（1985）『自由こそ治療だ—イタリア精神病院解体のレポート』（半田文穂訳）悠久書房.
- 田尾雅夫・久保真人（1994）「看護婦におけるバーンアウトストレスとバーンアウトとの関係」『実験社会心理学研究』34(1) : 33-43.
- 田尾雅夫・久保真人（1996）『バーンアウトの理論と実際—心理学的アプローチ』誠信書房.
- 田川精二（2005）「これからの“地域精神医療を考える—精神科診療所の立場から—」『第14回大精診・大精協学術講演会』.
- 寺谷隆子（2003）「JHC 板橋『21世紀の生活支援におけるソーシャルワーク』参加と協働の総合的地域生活支援システム構築に向けて」『精神保健福祉』34(4) : 289-294.
- 戸塚悦郎・広田伊蘇夫（1984）『精神医療と人権Ⅰ・日本収容所列島』亜紀書房.
- 渡部律子（1999）『高齢者援助における相談面接の理論と実際』医歯薬出版.
- 渡部律子・料所奈津子（2005）Effect of Age on Job Satisfaction and Intention to Turnover among Female Nursing Home Care Worker. Journal of Policy Studies 19 : 75-87.
- Zahniser, J. H. (2005) Psychosocial Rehabilitation. In: (Stout.C. E., Hayes, R. A., eds)

The Evidence-Based Practice: Methods, Models, and Tools for Mental Health Professionals. John Wiley & Sons, Inc .pp.109-152.

終章 参考文献

- Allness, D. J., Knoedler, W. H. (1998) The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Sever and Persistent Mental Illnesses : A Manual for PACT Start-Up. (= 2001, 亀島信也・神澤創監訳『P A C Tモデル 精神保健コミュニティプログラム』メディカ出版)
- 江間由紀夫 (2005) 「医学モデルからリハビリテーションモデルへ：アメリカの脱施設化にみるコミュニティケア実践とパラダイムシフト」『精神障害とリハビリテーション』9 (1) : 40-45.
- 伊勢田堯・小川一夫・長谷川憲一 (2000) 「世界心理社会的リハビリテーション学会による『精神障害リハビリテーションに関する国際的実践活動集』に関する報告」『臨床精神医学』29(7) : 779-787.
- 伊勢田堯・小川一夫・長谷川憲一 (2000) 「世界心理社会的リハビリテーション学会による『精神障害リハビリテーションに関する国際的実践活動集』に関する報告」『臨床精神医学』29(7) : 779-787.
- Rutman, I. D. (1994) 「アメリカ合衆国における心理社会的リハビリテーションの動向」マイヤーソン・AT, ファイン・T 編『精神の障害—臨床, 法制度, その実際』(日本精神神経学会, 社会復帰問題研究会, 年金問題小委員会監訳) 三輪書店, pp.181-199.
- Test, M. A., Knoedler, W. H., Allness, D. J. et al (1991) Long-Term Community Care. Through an Assertive Continuous Treatment Team. In: (Tamminga, C..A., Schulz, S. C., eds.) Neuro Psychopharmacology (1) Schizophrenia Research. Raven Press, New York.

資料

資料 ① 精神病院長期入院患者の退院援助事例（ソーシャルワーカー対象）

男性 50歳 病名：統合失調症

昭和26年にW県で4人兄弟の第2子として出生。家業は農業を営む。出生時、幼少時は特変なく、大病も無し。養育は主に母が行ない、兄弟間の仲は良いほうであった。

本人の性格は活発で友人も多く、養育面で特に問題となることは無し。小学校・中学校と成績は中の下程度であった。

15歳で地元の中学校を卒業後、大阪府内の鉄鋼会社に就職。その後何回かの転職をした後、25歳の時に運送会社に勤務、その1年後には仕事の関係で知り合った女性と結婚をし、本人が27歳時に長女誕生、29歳時には長男が誕生する。

35歳頃、職場の同僚が自分の悪口を言っているような気持ちになり、その後自分に対して非難をするような幻聴が出現して奇異な行動が見られ、また幻聴に突き動かされて同僚に暴力を振るうなどの問題行動のため、それを契機にM市内の精神病院に第1回目の入院をする。

入院2ヶ月ほどで症状は鎮静化し、病院から自宅へ数度の外泊を行なう。外泊中は特に問題なく経過したため、病院側より家族に退院の打診をする。しかし家族は退院後の本人の病状に不安を持ち、退院の受け入れに消極的なため、家族の来院時に主治医が面接を行ない、現在の本人の病状説明および退院後は規則正しい外来通院と服薬によって症状のコントロールが可能なことを説明し、家族もしぶしぶではあるが退院の受け入れに同意する。

本人は3ヶ月の入院の後に退院し、約1ヶ月間の通院を経て職場に復帰する。職場復帰後は月に2回の外来通院を継続、仕事内容も職場の配慮で内勤に替わり、病状も安定していた。

退院後8ヶ月を過ぎた頃より外来通院が不規則となる。本人は「仕事が忙しいため、なかなか病院に通院できない。服薬はしている。」というが、以前と較べて口数は少なく、痩せて表情も陰しく感じられる。主治医は本人に、2週間後必ず来院すること、そしてもし通院が無かった場合、本人、家族に連絡を取った上で往診も考えたいと伝え、一応様子を見ることとなる。

その10日後警察より連絡があり、本人が自宅で暴れたため家族の要請で本人を保護している。保護室では暴れてはいないが大声を出したり、ウロウロしたりと不穏な状態。家族は病院への入院を希望しているので入院は可能かどうかと問い合わせる。同日、警察官と家族同伴で来院、診察の結果、入院治療が必要な状態であるが本人が入院に同意しないため、医療保護入院となる。家族によると、復帰していた職場においても数日前より仕事が手につかず、ブツブツ独り言を言ったり突然上司に怒鳴りかかったりという言動が見られ、会社から家族に対して本人の退職を勧告されていたとのこと。

2回目の入院後は「自分の悪口を言っている」というような被害的な幻聴が持続し、同室の患者に対しても被害感を有して、ときに暴力行為に及ぶなど行動が衝動的で、感情の易変性がみられた。そのため、保護室の使用によって本人の行動を制限することがしばしばあった。入院形態も本人の精神状態の安定がなかなか図られないため、医療保護のままで経過する。家族は、今回の入院を契機に本人が職場を退職になったこと、入院前の本人の攻撃的な状態に対して強い恐怖心を有していること、今回入院中の本人の病状が不安定なことなどの要因から本人への面会が乏しく、また今後本人と一緒に生活することについても否定的であった。

入院後7ヶ月ほどして突然妻と本人の兄弟が来院し、妻と本人との離婚話を持ち出す。離婚については本人の兄弟も同意しているとのことで、本人と面会の上で離婚の合意を得ると強く主張し、本人と面会後離婚成立となる。離婚に伴い、保護者は妻から本人の兄弟に変更する。

以後、本人と家族との連絡は途絶えがちとなり、兄弟の本人への面会もほとんど無くなる。本人の症状である被害的な妄想は薬物療法によっておおむねコントロール可能であるが、服薬が途切れると感情的に不機嫌、易刺激的となり、他の患者とトラブルを起こすことがしばしばみられた。病識については「薬を飲まないとみんなが自分の噂をしていたり、悪口を言っているような気がする。それが自分の病気なんだろう」と受け止めているが、服薬の自己管理が困難で、時々服薬を自分で中断しては他患者とのトラブルや職員への攻撃となるため、ときに保護室の使用に

よる隔離や、また常態的な閉鎖病棟での入院処遇による本人への行動制限が見られた。上記のように、病状が不安定で動揺的なために入院期間が長引き、その間に住居や家族との関係を喪失する。本人は障害年金を受給してそれを医療費と諸経費にあてながら入院生活を 11 年継続し、今日に到っている。

入院が長期化していることについて、本人は自分が精神障害者であること、妻子との離別やその他の家族との関係の疎遠、会社の解雇や住居の喪失などの要因による自己卑下、あるいは自己否定的な思考傾向が支配的で、退院や地域社会生活に対しての意欲や自発性の低下が目立つ。

資料 ② スタッフに対する事前アンケート（社会福祉法人スタッフ対象）

心理社会的リハビリテーションの基礎知識に関するアンケート内容

1. 心理社会的リハビリテーションという言葉や内容をご存知でしたか？
 - 1) 全く知らなかった
 - 2) 言葉は知っているが内容は知らない
 - 3) 言葉も内容もなんとなく知っている
 - 4) 言葉も内容もよく知っている
2. 心理社会的理論という言葉や内容をご存知でしたか？
 - 1) 全く知らなかった
 - 2) 言葉は知っているが内容は知らない
 - 3) 言葉も内容もなんとなく知っている
 - 4) 言葉も内容もよく知っている
3. ADLリハビリテーションサービスという言葉や内容をご存知でしたか？
 - 1) 全く知らなかった
 - 2) 言葉は知っているが内容は知らない
 - 3) 言葉も内容もなんとなく知っている
 - 4) 言葉も内容もよく知っている
4. 職業リハビリテーションサービスという言葉や内容をご存知でしたか？
 - 1) 全く知らなかった
 - 2) 言葉は知っているが内容は知らない
 - 3) 言葉も内容もなんとなく知っている
 - 4) 言葉も内容もよく知っている
5. 住居リハビリテーションサービスという言葉や内容をご存知でしたか？
 - 1) 全く知らなかった
 - 2) 言葉は知っているが内容は知らない
 - 3) 言葉も内容もなんとなく知っている
 - 4) 言葉も内容もよく知っている
6. ソーシャルスキルリハビリテーションサービスという言葉や内容をご存知でしたか？
 - 1) 全く知らなかった
 - 2) 言葉は知っているが内容は知らない
 - 3) 言葉も内容もなんとなく知っている
 - 4) 言葉も内容もよく知っている
7. 社交・レクリエーションリハビリテーションサービスという言葉や内容をご存知でしたか？
 - 1) 全く知らなかった
 - 2) 言葉は知っているが内容は知らない
 - 3) 言葉も内容もなんとなく知っている
 - 4) 言葉も内容もよく知っている
8. 教育リハビリテーションサービスという言葉や内容をご存知でしたか？
 - 1) 全く知らなかった
 - 2) 言葉は知っているが内容は知らない
 - 3) 言葉も内容もなんとなく知っている
 - 4) 言葉も内容もよく知っている

資料 ③

心理社会的リハビリテーションの教育トレーニング終了後に、参加者全員に実施したアンケート

1) あなたは、以下の項目についてどのような意見をお持ちですか？ 該当する記号を1つ選んで下さい。

1. 心理社会的リハビリテーションの基本概念

- | | |
|-----------------|------------------|
| a) 非常に興味深かった | b) まあまあ興味深かった |
| c) あまり興味がわかなかった | d) まったく興味がわかなかった |

2. 心理社会的リハビリテーションの基礎理論

- | | |
|-----------------|------------------|
| a) 非常に興味深かった | b) まあまあ興味深かった |
| c) あまり興味がわかなかった | d) まったく興味がわかなかった |

3. リハビリテーションモデル（クラブハウスモデルと保護的就労モデル）

- | | |
|-----------------|------------------|
| a) 非常に興味深かった | b) まあまあ興味深かった |
| c) あまり興味がわかなかった | d) まったく興味がわかなかった |

4. リハビリテーションの方法——ADLリハビリテーション

- | | |
|-----------------|------------------|
| a) 非常に興味深かった | b) まあまあ興味深かった |
| c) あまり興味がわかなかった | d) まったく興味がわかなかった |

5. リハビリテーションの方法——職業リハビリテーション

- | | |
|-----------------|------------------|
| a) 非常に興味深かった | b) まあまあ興味深かった |
| c) あまり興味がわかなかった | d) まったく興味がわかなかった |

6. リハビリテーションの方法——住居リハビリテーション

- | | |
|-----------------|------------------|
| a) 非常に興味深かった | b) まあまあ興味深かった |
| c) あまり興味がわかなかった | d) まったく興味がわかなかった |

7. リハビリテーションの方法——社交・レクリエーションリハビリテーション

- | | |
|-----------------|------------------|
| a) 非常に興味深かった | b) まあまあ興味深かった |
| c) あまり興味がわかなかった | d) まったく興味がわかなかった |

2) あなたが、学習会を通じて興味や関心を持った項目と、興味や関心のわかかなかった項目を、下記の語群からそれぞれ3つ選んで、その番号を記入してください。

1. 心理社会的リハビリテーションの基本的概念 2. 心理社会的リハビリテーションの基礎理論			
3. リハビリテーションモデル（クラブハウスモデルと保護的就労モデル） 4. ADLリハビリテーション 5. 職業リハビリテーション 6. 住居リハビリテーション 7. 社交・レクリエーションリハビリテーション			
・興味や関心を持った項目	① _____	② _____	③ _____
・興味や関心がわかかなかった項目	① _____	② _____	③ _____

3) あなたが、今後実践において取り組みたいと考えるリハビリテーションの領域はどれですか？ 以下の語群から上位3つを選んで、その番号を記入して下さい。

1. ADLリハビリテーション 2. 職業リハビリテーション 3. 住居リハビリテーション 4. 社交・レクリエーションリハビリテーション 5. クラブハウスモデル 6. PACTモデル 7. 積極的アウトリーチ			
① _____	② _____	③ _____	

4) 今回行った学習会の内容について、感想をお聞かせ下さい。（自由記載）

5) 今後、学習会を行なうとしたら、どのような内容を期待しますか？（自由記載）

[Item]

1. Encourage all clients to seek their highest level of ability
2. Assess which clients are unable to improve their initial level of functioning and help those clients accept that reality
3. Help all clients to recognize their ability to function at a highest level
4. Convey to all clients that advanced level of functioning is quite feasible
5. Teach vocational skills to all clients
6. Teach social interaction skills to all clients
7. Teach independent living skills to all clients (e.g., washing, cleaning, and preparing meals)
8. Teach communication skills to all clients
9. Develop all intervention programs only with the clients' full participation and approval
10. Encourage clients to set their own rehabilitation goals
11. Empower clients to assume an active role in influencing agency functioning and programs
12. Encourage clients to veto intervention which may affect them directly and which disagree with
13. Encourage clients to utilize regular services (e.g., medical care, shopping, and entertainment) at the community
14. Clearly state expectations for appropriate client behavior
15. Openly express disapproval of deviant behavior of clients
16. Encourage clients to maintain a "normal" daily routine (e.g. housework, personal hygiene, dressing up, etc.)
17. Expect clients to be engaged in activities and contacts with people outside of the agency
18. Encourage clients to engaged in activities outside the agency, even when they haven't finished the program

19. Assess each client's particular strengths and weaknesses
20. Provide each clients with an individualized intervention programs
21. Teach clients different skills based on their unique deficiencies and needs
22. Allow each client to progress at his / her individual pace
23. Try hard to engage clients in the agency's activities
24. Constantly encourage clients to continue working to achieve their rehabilitation goals
25. Are constructively dealing with daily developments and crises
26. Are not conditioned to prescribed routine activities
27. Work with clients at all hours day and in a variety of settings
28. Engaged in informal conversation with clients on the issues of the day (sport, politics, etc.)
29. Find their own social needs served through psychosocial rehabilitation practice
30. Invite clients to join in the practitioners social life
31. Inquire about clients' feelings and ideas regarding personal issues even if these are not directly linked with the program
32. Openly expressed their own limitations
33. Consistently demystify the rehabilitation process for clients
34. Ask relatives and friends to report sign of withdrawal
35. Ask clients to return to the agency following discharge of new problems arise
36. Encourage employers to contact them in case of withdrawal
37. Keep in touch with clients for at least a year following discharge
38. Help clients recognize stressors and their own reaction to stress
39. Inform relative as to a client's assessment and intervention program
40. Involved relatives and or friends in the rehabilitation process
41. Assist clients process establishing strong social network
42. Encourage clients to join community support group
43. Lobby landlords to rent apartments to the mentally ill
44. Lobby employers to employed mentally ill persons
45. Work with community services so that they will treat mentally ill persons as

regular clients

46. Work with families to help them accept their mentally ill relatives
47. Continue working with clients for as long as clients are interested
48. Work with all clients regardless of their current level of functioning
49. Continue to invest in clients even if no clear improvement is evident
50. Only in specific skills acquiring programs, set clear time limits on participation
51. Encourage clients to get involved in any kind of employment
52. Give the verbal support to clients when they begin employment
53. Discuss the importance of work with clients
54. Engage clients in routine chores as a preparation for assuming future responsibilities of work
55. Do not encourage clients to rely medication
56. Use a lot common sense rather than prescribed methods of care
57. View the clients as a whole and do not focus only on areas of difficulties
58. View themselves as just one segment in an multi-service system designed to assist clients
59. Assess clients' strength as a primary part of the assessment process
60. Plan the intervention program to build on client' s strengths
61. Assist clients in developing their strength toward facilitating positive experiences
62. Help clients to overcome deficiencies by enhancing their strengths
63. Concentrate on the presenting needs of clients
64. do not engage in exploring and analyzing the client' s past
65. Focus on clients' future objectives and on what needs to be done to achieve them
66. Reorient clients who are fixated on the past as to present needs and future goals

資料 ⑤ A. アンケート調査関連資料（サービス利用者用）

（アンケート調査のお願い）

私は関西学院大学総合政策研究科博士課程後期課程に所属する大橋定明と申します。現在、作業所や地域生活支援センターを利用されている皆さまが、その施設やスタッフに対してどのような支援やサービスを望んでいらっしゃるか、そして皆様の希望やニーズを実現するためにはどのような援助プログラムが必要であるのかを明らかにすることを目的に研究を行なっております。そこでまず、利用者の皆さまの希望やニーズを明らかにするために、精神障害者小規模社会福祉法人「風媒花」と共同で、作業所や生活支援センター利用者を対象にアンケート調査を実施することになりました。つきましては、利用者の皆さまに今回お配りしたアンケートへの回答にご協力をお願いしたいと存じます。このアンケートは無記名で誰がどのようにお答えになったかは一切わからないようになっており、その結果は統計的に処理され、皆様が引き続き作業所や生活支援センターを利用される上で不利益をこうむることはありませんのでご安心ください。また、お答えになりたくない質問は飛ばしてくださって結構です。

アンケートの記入方法についてご説明をします。

アンケートの質問項目は全部で 58 項目ありますが、利用者の皆さまが項目にかかれたような内容を、どの程度スタッフにして欲しいと思っいらっしゃるかをお答え下さい。解答欄の「4＝強くそう思う」から「1＝全く思わない」の 4 つの数字のあてはまるものに丸をつけてください。また、このアンケートでは、各項目にあるサービスを、過去半年以内に作業所や支援センターで受けたかどうかについてもおたずねしています。受けた場合には「はい＝1」に○を、受けられていない場合には「いいえ＝0」に○をして下さい。

（例）

	強く そう思う	そう 思う	あまり 思わ ない	全く 思わ ない	あなたは過去 3 ヶ月 から半年の間に、それ らのサービスを提供 されましたか？	
					はい	いいえ
1 スタッフは、メンバーが地域生活をし						

ていく上での、自分自身の持っている いろいろな能力を、最も高いレベルに 引き上げるようにはげます。	④	3	2	1	1	①
---	---	---	---	---	---	---

なお、何かご質問などございましたら、ファックスにて下記までご連絡ください。

地域生活支援センター「そうそう」 植前温夫
ファックス 073-331-8008
代表研究者 関西学院大学総合政策研究科
大橋定明

では、アンケートにお答えいただく前に、あなたの簡単なプロフィールをお教えてください。

*あなたの性別はどちらですか？ [0, 男性 1, 女性]

*あなたの年齢は何歳ですか？ [歳]

*あなたが始めて精神科の医療機関を受診したのは何歳頃でしたか？ [歳ころ]

*あなたは作業所の利用をはじめて何年くらいになりますか？ [約 年]

*あなたは、すべてのことを考慮したうえで、作業所の利用に満足していますか？

[5, 非常に満足 4, 満足 3, どちらでもない 2, 不満 1, 非常に不満]

ありがとうございます。それでは次のページの質問にお答え下さい。

		強く そう思う	そう 思う	あまり 思わない	全く 思わない	あなたは過去3ヶ月から 半年の間に、そのような サービスを提供されまし たか？
						はい いいえ
1	スタッフは、メンバーが地域生活をしていく上での、自分自身の持っている いろいろな能力を、最も高いレベルに引き上げるように応援する。	4	3	2	1	1 0

2	スタッフは、メンバーが今できていることを、もっとうまくできるようになれるかどうかを評価し、その可能性のない利用者に対しては、現実を受け入れるように助ける。	4	3	2	1	1	0
3	スタッフは、メンバーがもっとうまく社会で生活ができるようにするため、自分の生活能力がどの程度かわかるように手助けをする。	4	3	2	1	1	0
4	スタッフは、メンバーが地域生活の能力をもっと高めることができることを、メンバーに伝える。	4	3	2	1	1	0
5	スタッフは、すべてのメンバーに職業的な技術を教える。	4	3	2	1	1	0
6	スタッフは、すべてのメンバーに人との上手な付き合い方や、関係のつくり方を教える。	4	3	2	1	1	0
7	スタッフは、全てのメンバーに自立生活技術(洗濯や掃除、食事のしたくなど)を教える。	4	3	2	1	1	0
8	作業所で新しい援助プログラムを考えるときは、メンバーと一緒に考えて、その同意をえるようにする。	4	3	2	1	1	0
9	スタッフは、メンバーが作業所を利用する上での、自分自身の目標を立てることを応援する。	4	3	2	1	1	0
10	スタッフは、作業所プログラムの計画やプログラム運営にメンバーの考えや意見が影響を与えるような役割をメンバーに持たせる。	4	3	2	1	1	0
11	スタッフは、利用メンバーが参加に納得していないプログラムには、参加を勧められてもことわるようにメンバーを勇気づける。	4	3	2	1	1	0
12	スタッフは、メンバーが地域社会の中で、当たり前のサービス(たとえば医療を受けることや、ショッピング、映画や娯楽など)を利用できるようになっていくよう、メンバーを勇気づける。	4	3	2	1	1	0

13	スタッフは、メンバーが時と場所に応じた適切な行動やふるまいをしなければ ならないと思った時は、そのことをメンバーにしっかりと伝える。	4	3	2	1	1	0
14	スタッフは、もしもメンバーが病気の症状や障害に左右されて不適切な行動を とった場合には、その行動に対して注意する。	4	3	2	1	1	0
15	スタッフは、メンバーが生活をする上での基本的な事から(家事や洗面、歯み がき、身だしなみなど)を守るように助言をする。	4	3	2	1	1	0
16	スタッフは、メンバーが作業所以外の人たちとも関係を作ることを期待する。	4	3	2	1	1	0
17	スタッフは、メンバーそれぞれが持つ、固有の良いところと弱点とを評価する。	4		2	1	1	0
18	スタッフは、それぞれのメンバーに合った、個別的な援助プログラムをメンバー に提供するようにする。	4	3	2	1	1	0
19	スタッフは、それぞれのメンバーの欠点やニーズに基づいた、そのメンバーに 必要な生活技術を教えるようにする。	4	3	2	1	1	0
20	スタッフは、メンバーに、それぞれの個人的なペースで活動に取り組むことを 認める。	4	3	2	1	1	0
21	スタッフは、メンバーを作業所の活動に取り組ませるよう、精一杯働きかける。	4	3	2	1	1	0
22	スタッフは、メンバーが自分の目標を達成するために努力をし続けるよう、常に はげますようにする。	4	3	2	1	1	0
23	スタッフは、メンバーの日常での生活能力面の進歩や、再発の危機などに対 して関心をはらい、見通しをもってメンバーに接するべきだ。	4	3	2	1	1	0
24	スタッフは、決まりきったプログラムを利用メンバーに用意しない。	4	3	2	1	1	0

25	スタッフは、1日中、いろいろな場面の中でメンバーと関わる。	4	3	2	1	1	0
26	スタッフは、メンバーの日ごろの気持ちや考えを、たとえそれが作業所の活動とは関係が無くてもたずねる。	4	3	2	1	1	0
27	スタッフは、スタッフ自身の私生活での楽しみごとにメンバーを誘う。	4	3	2	1	1	0
28	スタッフは、メンバーに対する援助計画の内容やプロセスを秘密にしない。	4	3	2	1	1	0
29	スタッフは、メンバーの作業所への参加が不規則になったときは、その理由や思い当たることを家族や友人にたずねる。	4	3	2	1	1	0
30	スタッフは、メンバーが作業所を退所した後も、新しい問題がおきたときには作業所に戻るよう、利用メンバーにすすめる。	4	3	2	1	1	0
31	スタッフは、メンバーが作業所を退所した後も、少なくとも1年間はメンバーとのかかわりを維持する。	4	3	2	1	1	0
32	スタッフは、メンバーがストレスを感じたときに精神的にどのようになり、どのような行動をとってしまいがちになるのかを、メンバー自身が知るのを手助けする。	4	3	2	1	1	0
33	スタッフは、メンバーのニーズと、そのニーズに対する援助プログラムの内容を家族に伝える。	4	3	2	1	1	0
34	メンバーがニーズを達成するためのプログラムに、家族や友人も関わる。	4	3	2	1	1	0
35	スタッフは、メンバーが家族や友人、医療、福祉関係者などによるサポートネットワークを作り上げるのをサポートする。	4	3	2	1	1	0
36	スタッフは、メンバーが地域の支援活動グループや当事者グループとつながるよう、利用メンバーを応援する。	4	3	2	1	1	0

37	スタッフは、精神障害者にアパートを貸すよう、家主と交渉する。	4	3	2	1	1	0
38	スタッフは、会社や工場などに就職した精神障害者のために、待遇や賃金について雇い主と交渉する。	4	3	2	1	1	0
39	スタッフは、精神障害者を普通の相談者、あるいは利用者としてみなすよう、地域の公的機関や医療機関に働きかける。	4	3	2	1	1	0
40	スタッフは、精神障害をもつメンバーを家族の一員として受け入れるよう、メンバーの家族に働きかける。	4	3	2	1	1	0
41	スタッフは、利用メンバーが作業所の活動に興味を持ち続けるかぎり、メンバーの受け入れを続ける。	4	3	2	1	1	0
42	スタッフは、今の精神的状態や、生活能力の状態がどのようなものであろうとも、全てのメンバーを受け入れる。	4	3	2	1	1	0
43	スタッフは、たとえメンバーに明らかな変化や改善が見られなくても、メンバーと積極的に関わりを続ける。	4	3	2	1	1	0
44	スタッフは、利用メンバーが何らかの仕事に就くよう、はげます。	4	3	2	1	1	0
45	スタッフは、メンバーが仕事を始めるときには、仕事をする上でのアドバイスや応援などのサポートをする。	4	3	2	1	1	0
46	スタッフは、労働の大切さをメンバーと話しあう。	4	3	2	1	1	0
47	スタッフは、メンバーが将来仕事につくときの準備として、メンバーを作業所内でのいろいろな役割や当番に付かせる。	4	3	2	1	1	0
48	スタッフは、メンバーに主治医に処方されている薬に頼らないようすすめる。	4	3	2	1	1	0

49	スタッフはメンバーに対して、専門的な知識や方法よりもむしろ、世間一般の常識や方法で援助する。	4	3	2	1	1	0
50	スタッフは、メンバーの障害の部分にのみ注目するのではなく、全体的な人間としてメンバーを見る。	4	3	2	1	1	0
51	スタッフは、メンバーに対する評価の重要なポイントとして、メンバーの持つ力（能力や経験、人がらなど）を重視する。	4	3	2	1	1	0
52	スタッフは、利用メンバーが力を付けていくために援助プログラムを計画する。	4	3	2	1	1	0
53	スタッフは、メンバーが力を付けていく上での好ましい体験を積むよう、手助けする。	4	3	2	1	1	0
54	スタッフは、メンバーが力をつけることによって困難や障害に打ち勝つことができるよう、メンバーをサポートする。	4	3	2	1	1	0
55	スタッフは、メンバーのニーズにこたえることを重点に、業務をする。	4	3	2	1	1	0
56	スタッフは、メンバーの過去の生育上での体験に関心を向けすぎない。	4	3	2	1	1	0
57	スタッフは、メンバーの将来の目的と、その達成のためには何が必要かに関心を向ける。	4	3	2	1	1	0
58	スタッフは、メンバーの過去の失敗や不愉快な体験にとらわれて身動きのとれないメンバーに対しては、新しい方向に向けての働きかけをする。	4	3	2	1	1	0

(援助スタッフ用)

作業所および生活支援センター援助者アンケート調査

(アンケート調査のお願い)

私は関西学院大学総合政策研究科博士課程後期課程に所属する大橋定明と申します。現在、作業所や地域生活支援センターの利用者の個々人がもつニーズに対する、援助スタッフのアセスメント及び、個別的な援助プログラムの作成と援助介入の方法、そして、その援助効果の測定に関する研究を行っております。そこで今回、財団法人日本社会福祉弘済会より助成を受けまして、精神障害者小規模社会福祉法人「風媒花」と共同で、作業所や生活支援センター利用者のニーズ調査を実施することになりました。調査では、利用者にお配りした利用者用アンケートへの記入をお願いすると同時に、援助スタッフの皆様にも作業所や生活支援センターでの精神障害者に対する援助の方法や姿勢に対するご自身のお考えをお答えいただきたいと存じます。アンケート調査の目的は、地域生活を送る精神障害者に対して、今後どのような地域生活支援や地域リハビリテーションサービスの提供が必要であるのかを明確にすることです。そのため、利用者用のアンケートと援助スタッフ用のアンケートは別々に作成しております。このアンケートは無記名で誰がどのようにお答えになったかは一切わからないようになっており、その結果は統計的に処理され、皆様が不利益をこうむることはありませんのでご安心ください。また、調査結果につきましては、研究報告書などを通じて、皆様にご報告するよう考えております。

アンケートの記入方法についてご説明を差し上げます。アンケートの質問項目は全部で58項目ありますが、項目ごとに、当てはまる番号のところに○をして下さい。なお、このアンケートでは、各項目にあるサービスを、過去半年以内に作業所や支援センターで利用者に提供したかどうかについてもおたずねしています。提供した場合には「はい」に○を、提供していない場合には「いいえ」に○をして下さい。

(例)

	職務として絶対必要である	ある 職務として多くの場合必要で	職務としてあまり必要でない	職務として全く必要ない	あなたは過去 3 ヶ月 から半年の間に、それ らのサービスを提供 しましたか?	
					はい	いいえ
1 スタッフは、メンバーが地域生活を していく上での、自分自身の持っている いろいろな能力を、最も高いレベル に引き上げるようにはげます。	④	3	2	1	①	0

なお、何かご質問などございましたら、ファックスにて下記までご連絡ください。

地域生活支援センター「そうそう」 植前温夫

ファックス 072-331-8008

E-mail sousou@foobaika.or.jp

筆頭研究者 関西学院大学総合政策研究科

大橋定明

E-mail caw46351@ksc.kwansei.ac.jp

では、アンケートの質問項目に回答していただく前に、あなたの簡単なプロフィールをお教え下さい。

*あなたの性別はどちらですか? [0, 男性 1, 女性]

*あなたの年齢は何歳ですか? [歳]

*ソーシャルワーク援助業務の経験はどれくらいですか? [約 年]

*あなたは、全てのことがらを考慮したうえで、利用者が作業所の利用に満足している
と思いますか?

(5, 非常に満足 4, 満足 3, どちらでもない 2, 不満 1, 非常に不満)

*あなたは、すべての事柄を考慮したうえで、現在の業務内容に満足していますか?

(5, 非常に満足 4, 満足 3, どちらでもない 2, 不満 1, 非常に不満)

ありがとうございました.それでは、次ページからの質問にお答え下さい。

		職務として絶対必要である	職務として必要である	職務としてあまり必要でない	職務として全く必要ない	あなたは過去3ヶ月から半年の間に、そのようなサービスを提供しましたか？
						はい いいえ
1	スタッフは、メンバーが地域生活をしていく上での、自分の持っているいろいろな能力を、最も高いレベルに引き上げるようにはげます。	4	3	2	1	1 0
2	スタッフは、メンバーが今できていることを、もっとうまくできるようになれるかどうかを評価し、その見込みのない利用者に対しては、その事実を受け入れるように手助ける。	4	3	2	1	1 0
3	スタッフは、メンバーがもっとうまく社会で生活ができるようになるため、自分の生活能力がどの程度かわかるように手助けをする。	4	3	2	1	1 0
4	スタッフは、地域生活の能力をもっと高めることができることを、メンバーに伝える。	4	3	2	1	1 0
5	スタッフは、すべてのメンバーに職業的な技術を教える。	4	3	2	1	1 0
6	スタッフは、すべてのメンバーに人との上手な付き合い方や、関係のつくり方を教える。	4	3	2	1	1 0
7	スタッフは、全てのメンバーに自立生活技術(洗濯や掃除、食事のしたくなど)を教える。	4	3	2	1	1 0
8	作業所で新しい援助プログラムを考えるときは、メンバーと一緒に考えて、その同意をえるようにする。	4	3	2	1	1 0

9	スタッフは、メンバーが作業所を利用する上での、自分自身の目標を立てることをはげます。	4	3	2	1	1	0
10	スタッフは、作業所プログラムの計画やプログラム運営にメンバーの考えや意見が影響を与えるような役割をメンバーに持たせる。	4	3	2	1	1	0
11	スタッフは、利用メンバーが参加に納得していないプログラムには、参加を勧められてもことわるようにメンバーをはげます。	4	3	2	1	1	0
12	スタッフは、メンバーが地域社会の中で、当たり前のサービス(たとえば医療を受けることや、ショッピング、映画や娯楽など)を利用できるようになっていくよう、メンバーをはげます。	4	3	2	1	1	0
13	スタッフは、メンバーが時と場所に応じた適切な行動やふるまいをしなければならなかった時は、そのことをメンバーにしっかりと伝える。	4	3	2	1	1	0
14	スタッフは、もしもメンバーが病気の症状や障害に左右されて不適切な行動をとった場合には、その行動に対して注意する。	4	3	2	1	1	0
15	スタッフは、メンバーが生活をする上での基本的な事から(家事や洗面、歯みがき、身だしなみなど)を守るように助言をする。	4	3	2	1	1	0
16	スタッフは、メンバーが作業所以外の人たちとも関係を作ることを期待する。	4	3	2	1	1	0
17	スタッフは、メンバーそれぞれが持つ、固有の良いところと弱点とを評価する。	4		2	1	1	0
18	スタッフは、それぞれのメンバーに合った、個別的な援助プログラムをメンバーに提供するようにする。	4	3	2	1	1	0
19	スタッフは、それぞれのメンバーの欠点やニーズに基づいた、それぞれに必要な生活技術を教えるようにする。	4	3	2	1	1	0
20	スタッフは、メンバーに、それぞれの個人的なペースで活動に取り組むことを認める。	4	3	2	1	1	0

21	スタッフは、メンバーを作業所の活動に取り組ませるよう、精一杯働きかける。	4	3	2	1	1	0
22	スタッフは、メンバーが自分の目標を達成するために努力をし続けるよう、常にはげますようにする。	4	3	2	1	1	0
23	スタッフは、メンバーの日常での生活能力面の進歩や、再発の危機などに対して関心をはらい、見通しをもってそれらを取り扱うべきだ。	4	3	2	1	1	0
24	スタッフは、決まりきったプログラムを利用メンバーに用意しない。	4	3	2	1	1	0
25	スタッフは、1日中、いろいろな場面の中でメンバーと関わる。	4	3	2	1	1	0
26	スタッフは、メンバーの日ごろの気持ちや考えを、たとえそれが作業所の活動とは関係が無くてもたずねる。	4	3	2	1	1	0
27	スタッフは、スタッフ自身の私生活での楽しみごとにメンバーを誘う。	4	3	2	1	1	0
28	スタッフは、メンバーに対する援助計画の内容や、援助のプロセスを秘密にしない。	4	3	2	1	1	0
29	スタッフは、メンバーの作業所への参加が不規則になったときは、その理由や思い当たることを家族や友人にたずねる。	4	3	2	1	1	0
30	スタッフは、メンバーが作業所を退所した後も、新しい問題がおきたときには作業所に戻るよう、利用メンバーにすすめる。	4	3	2	1	1	0
31	スタッフは、メンバーが作業所を退所した後も、少なくとも1年間はメンバーとのかかわりを維持する。	4	3	2	1	1	0
32	スタッフは、メンバーがストレスを感じたときに精神的にどのようになり、どのような行動をとってしまいがちになるのかを、メンバー自身が知るのを手助ける。	4	3	2	1	1	0
33	スタッフは、メンバーのニーズと、そのニーズに対する援助プログラムの内容を家族に伝える。	4	3	2	1	1	0

34	メンバーがニーズを達成するためのプログラムに, 家族や友人も関わる.	4	3	2	1	1	0
35	スタッフは, メンバーが家族や友人, 医療, 福祉関係者などによるサポートネットワークを作り上げるのを手助けする.	4	3	2	1	1	0
36	スタッフは, メンバーが地域の支援活動グループや当事者グループとつながるよう, 利用メンバーをはげます.	4	3	2	1	1	0
37	スタッフは, 精神障害者にアパートを貸すよう, 家主と交渉する.	4	3	2	1	1	0
38	スタッフは, 会社や工場などに就職した精神障害者のために, 待遇や賃金について雇い主と交渉する.	4	3	2	1	1	0
39	スタッフは, 精神障害者を普通の相談者, あるいは利用者としてみなすよう, 地域の公的機関や医療機関に働きかける.	4	3	2	1	1	0
40	スタッフは, 精神障害をもつメンバーを家族の一員として受け入れるよう, メンバーの家族に働きかける.	4	3	2	1	1	0
41	スタッフは, 利用メンバーが作業所の活動に興味を持ち続けるかぎり, メンバーの受け入れを続ける.	4	3	2	1	1	0
42	スタッフは, 今の精神的状態や, 生活能力の状態がどのようなものであろうとも, 全てのメンバーを受け入れる.	4	3	2	1	1	0
43	スタッフは, たとえメンバーに明らかな変化や改善が見られなくても, メンバーと積極的に関わりを続ける.	4	3	2	1	1	0
44	スタッフは, 利用メンバーが何らかの仕事に就くよう, はげます.	4	3	2	1	1	0
45	スタッフは, メンバーが仕事を始めるときには, 仕事をする上でのアドバイスやはげましなどのサポートをする.	4	3	2	1	1	0
46	スタッフは, 労働の大切さをメンバーと話しあう.	4	3	2	1	1	0

47	スタッフは、メンバーが将来仕事につくときの準備として、メンバーを作業所内でのいろいろな役割や当番に付かせる。	4	3	2	1	1	0
48	スタッフは、メンバーに主治医に処方されている薬に頼らないようすすめる。	4	3	2	1	1	0
49	スタッフはメンバーに対して、専門的な知識や方法よりもむしろ、世間一般の常識や方法で援助する。	4	3	2	1	1	0
50	スタッフは、メンバーの障害の部分にのみ注目するのではなく、全体的な人間としてメンバーを見る。	4	3	2	1	1	0
51	スタッフは、メンバーに対する評価の重要なポイントとして、メンバーの持つ力（能力や経験、人がらなど）を重視する。	4	3	2	1	1	0
52	スタッフは、利用メンバーが力を付けていくために援助プログラムを計画する。	4	3	2	1	1	0
53	スタッフは、メンバーが力を付けていく上での好ましい体験を積むよう、手助けする。	4	3	2	1	1	0
54	スタッフは、メンバーが力をつけることによって困難や障害に打ち勝つことができるよう、メンバーをサポートする。	4	3	2	1	1	0
55	スタッフは、メンバーのニーズにこたえることを重点に、業務をする。	4	3	2	1	1	0
56	スタッフは、メンバーの過去の生育上での体験に関心を向けすぎない。	4	3	2	1	1	0
57	スタッフは、メンバーの将来の目的と、その達成のためには何が必要かに関心を向ける。	4	3	2	1	1	0
58	スタッフは、メンバーの過去の失敗や不愉快な体験にとらわれて身動きのとれないメンバーに対しては、新しい方向に向けての働きかけをする。	4	3	2	1	1	0